

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC-SP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

CAMILA RENNHARD BANDEIRA DE MELLO

**A CLÍNICA DO NÃO-ACONTECIDO E OS ENCONTROS POSSÍVEIS EM
ANÁLISE**

Mestrado em Psicologia Clínica

SÃO PAULO

2024

CAMILA RENNHARD BANDEIRA DE MELLO

A Clínica do não-acontecido e os encontros possíveis em análise

Mestrado em Psicologia Clínica

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob a orientação da Profa. Dra. Elisa Maria Ulhôa Cintra.

Núcleo: Método Psicanalítico e Formações da Cultura

São Paulo

2024

MELLO, C.R.B. **A Clínica do Não-Acontecido e os encontros possíveis em análise.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Área de concentração e área de conhecimento: tratamento e prevenção psicológica – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2024.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Elisa Maria de Ulhôa Cintra

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP

Profa. Dra. Ana Cristina Marzolla – PUC-SP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP

Prof. Dr. Ricardo Telles de Deus

Doutorado em Psicologia como Ciência e Profissão – PUC-Campinas

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

Catálogo da Publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Psicologia Clínica Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Ficha Catalográfica

Agradeço ao CNPq pelo apoio à presente pesquisa, com o número de processo 130104/2022-1.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à minha orientadora, Profa. Dra. Elisa Maria Uihôa Cintra, pela parceria formada nesta jornada. Elisa sempre esteve ao meu lado, exigindo o meu melhor e me acolhendo nos momentos de dificuldade. Compartilhou também generosamente seu conhecimento, de maneira a contribuir substancialmente à minha formação profissional. Para além de uma referência acadêmica, Elisa se tornou uma referência de pessoa, me ensinando sobre ser humana e ser entregue à vida de forma criativa. Serei eternamente grata aos seus ensinamentos e modelo.

Agradeço à banca examinadora, Prof. Dr. Ricardo Telles de Deus e Profa. Dra. Ana Cristina Marzolla, por todas as contribuições generosas feitas em minha banca de qualificação e pela disponibilidade ao longo do trabalho. Ricardo e Ana me incentivaram a mergulhar nos estudos em Winnicott e, assim, fortalecer minha base teórica, o que foi de suma importância para o meu aprimoramento profissional.

Agradeço meus colegas de orientação, Tássia Borges, Luciene Fogaça, Vanessa Chreim, Ilana Berenstein e Gabriel Heitzmann, por todas as trocas, afetos e acolhimento ao longo dessa jornada. Sem vocês o caminho teria sido mais difícil, certamente.

Agradeço ao Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP por ter aceitado o meu projeto de pesquisa e pela generosa recepção da então coordenadora, Profa. Dra. Marlise Bassani. Agradeço também a Aline Nogueira Marques por toda a ajuda e revisão deste trabalho.

À Laís Ferreira, colega do mestrado, por toda a escuta e acolhimento. Laís me ensinou sobre relacionar-se com afeto e entrega, e a partir sempre do amor. Me lembrou do valor das conexões genuínas. Ao meu amigo Renan Racy, por também me ensinar sobre a importância das amizades.

Agradeço à minha família, especialmente à minha mãe Caroline Ann Rennhard, que me incentivou a iniciar meus estudos na pós-graduação, sempre me encorajando e me apoiando incondicionalmente. Agradeço ao meu avô, Oskar Rennhard, que me ensinou desde pequena a importância dos estudos e do trabalho, me dando amparo para que pudesse realizá-los.

Agradeço ao meu companheiro de vida, Gabriel, pelo imenso apoio emocional nestes dois anos de intenso trabalho, permanecendo presente, paciente e acolhedor em todos os momentos. Gabriel sempre me incentivou a estudar e buscou reforçar inúmeras vezes o valor da minha pesquisa e escrita.

Agradeço à minha professora Santana Lourdes Tomazella por me acompanhar desde a graduação até aqui, contribuindo para a minha formação na clínica e me incentivando a aprofundar meus conhecimentos. Agradeço também à Sumaya Menezes por todas as contribuições a respeito da teoria Winnicottiana. Agradeço a minha analista, que me amparou e me permitiu sustentar o meu tema e a minha escrita por todo esse período.

RESUMO

A partir do atendimento de uma paciente, inspirei-me a refletir sobre os efeitos das falhas ambientais na constituição do psiquismo. A singularidade dessa paciente suscitou em mim a necessidade de pensar nos demais pacientes que, assim como ela, apresentam um eu muito precário. Ao longo do tempo, percebi que as falhas ambientais, que constituem os microtraumas cumulativos, podem prejudicar ou, até mesmo, interromper o processo de amadurecimento e, portanto, de constituição do eu. As falhas ambientais as quais me refiro enquadram-se no que nomeio, neste trabalho, de “não-acontecido”, enfatizando o não-encontro entre mãe e bebê no início da vida, seja por excessos ou por faltas. O presente trabalho, assim, apresenta as ideias de Winnicott acerca do funcionamento de pacientes de tipo borderline e do tratamento mais adequado a eles, considerando que a análise tradicional, baseada na associação livre e na interpretação, nesses quadros, apresenta limitações em seu alcance. Parto do princípio, aqui, da necessidade de se construir novas estratégias de intervenção no *setting* padrão para ter acesso à vida psíquica dos pacientes de tipo borderline. A partir da ideia winnicottiana de mãe suficientemente boa e sua consequência na constituição do psiquismo, este estudo busca abordar o papel do analista no atendimento de pacientes de tipo borderline. Para tanto, algumas funções anti-traumáticas do objeto primário serão abordadas e relacionadas com algumas funções do analista em um contexto de regressão à dependência para a retomada dos processos psíquicos ligados à simbolização e à saúde. Para tanto, serão utilizadas vinhetas clínicas de um caso atendido e encerrado. A presente pesquisa está vinculada ao projeto “Desafios na saúde mental: sustentabilidade e subjetividade no mundo contemporâneo”, Chamada CNPq 02/2021, no que se refere ao objetivo de analisar as possibilidades de sustentação subjetiva diante dos desafios do mundo contemporâneo.

Palavras-chave: Clínica Psicológica Contemporânea, Regressão à Dependência, Funções Anti-traumáticas, Falhas Ambientais, Terapêuticas Psicanalíticas.

ABSTRACT

From the care of a patient, I was inspired to reflect on the effects of environmental failures on the constitution of the psyche. The uniqueness of this patient prompted me to think about other patients who, like her, present a very fragile sense of self. Over time, I realized that environmental failures, constituting cumulative microtraumas, can impair or even interrupt the process of maturation and, consequently, the formation of the self. The environmental failures I refer to fall under what I term, in this work, as the "non-occurred," emphasizing the lack of encounter between mother and baby in early life, whether due to excesses or deficiencies. This work presents Winnicott's ideas on the functioning of borderline patients and the most suitable treatment for them, considering that the traditional approach, based on free association and interpretation, has limitations in these cases. I start from the premise here of the need to build new intervention strategies in the standard setting to access the psychic life of borderline patients. Building upon Winnicott's concept of the good enough mother and its impact on the constitution of the psyche, this study aims to address the role of the analyst in treating borderline patients. To do so, some anti-traumatic functions of the primary object will be discussed and related to certain functions of the analyst in a context of regression to dependence, aiming to resume psychic processes linked to symbolization and health. To illustrate these points, clinical vignettes from a treated and concluded case will be used. This research is linked to the project "Challenges in mental health: sustainability and subjectivity in the contemporary world," CNPq Call 02/2021, with the objective of analyzing the possibilities of subjective sustenance in the face of contemporary world challenges.

Keywords: Contemporary Psychological Clinic, Regression to Dependence, Anti-traumatic Functions, Environmental Failures, Psychoanalytic Therapeutics.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	22
3. MÉTODO.....	23
4. O CASO VANESSA	25
4.1 O primeiro contato e a tendência a deixar de existir.....	27
4.1.1 O sonho da analista: gestando Vanessa!	32
4.1.2 Uma experiência de confiabilidade e crescimento.....	34
4.1.3. O último sonho e a saída da analista.....	38
5. WINNICOTT: A TEORIA DO AMADURECIMENTO E A PATOLOGIA BORDERLINE.....	42
5.1. Teoria do amadurecimento emocional.....	42
5.1.1. Necessidades.....	42
5.1.2. Preocupação materna primária.....	45
5.1.3. Agonias Impensáveis.....	47
5.2. Estágio da dependência absoluta.....	49
5.2.1. A Primeira mamada teórica.....	50
5.2.2. Criatividade Originária.....	51
5.2.3. Estados Excitados e Tranquilos.....	52
5.3. Estágio da dependência relativa.....	55
5.3.1. Processo de desilusão.....	55
5.3.2. Fenômenos da transicionalidade.....	57
5.3.3. Estágio do uso do objeto.....	58
5.4 Falhas ambientais e a Constituição do eu.....	59
6. A CLÍNICA DO NÃO-ACONTECIDO	68
6.1 Tecendo a Casa-análise: uma base para ser.....	68
6.2 Aproximando-se do Vazio Amorfo: a regressão à dependência.....	79
6.3 O Analista diante do Nada ao Centro: as funções antitraumáticas.....	87
7. CONTRATRANSFERÊNCIA E A RESPOSTA TOTAL DO ANALISTA ÀS NECESSIDADES DO PACIENTE	94
7.1. A noção de contratransferência para Winnicott.....	94
7.2. A noção de contratransferência para Margareth Little.....	100
7.3. A Resposta Total do Analista às Necessidades do Paciente.....	110
7.4. Suposto sonhar: Os sonhos do analista.....	117
7.5. O caso Vanessa e as Respostas Totais da Analista.....	121
8. REFERÊNCIAS.....	126

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo se debruçou sobre as funções maternas primárias e as consequências das falhas ambientais no processo de amadurecimento emocional, bem como para o papel do ambiente e, posteriormente, do analista no processo de constituição do aparelho psíquico. Interessei-me pelo tema a partir do atendimento de pacientes diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline,¹ durante um curso de especialização em um ambulatório de referência na área. Esses pacientes eram marcados por múltiplos traumas, desde a primeira infância, e não tiveram suas necessidades egóicas atendidas pelo ambiente. A partir disso, voltei-me para o estudo do impacto das falhas nas funções maternas primárias, fornecidas pelo primeiro ambiente do bebê – a mãe, e como o analista, posteriormente, poderia fornecer um ambiente que favorecesse a regressão à dependência para, assim, constituir aspectos do psiquismo não desenvolvidos e não integrados.

A presente pesquisa possui vinculação com o projeto institucional “Desafios na saúde mental: sustentabilidade e subjetividade no mundo contemporâneo” (Processo nº 130104/2022-1), que está inserido nas linhas de pesquisa: Fundamentos da Psicologia Clínica, Orientações Contemporâneas na Psicologia Clínica e Contextos Histórico e Cultural da Psicologia Clínica. O projeto articula-se com a proposta apresentada por Bassani (2019) de que a clínica psicológica é um lugar de encontro de múltiplos saberes e que, diante das mudanças sociais e os avanços de conhecimento na contemporaneidade, deve desenvolver um olhar de investigação e estudo das questões relacionadas ao meio ambiente e aos problemas humano-ambientais, uma vez que é intimamente atravessada por esses acontecimentos.

O Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP tem assumido os compromissos para desenvolvimento sustentável propostos pela ONU, voltando-se para a Agenda 2030 e os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Possui como objetivo analisar as possibilidades de sustentação subjetiva diante dos desafios do mundo contemporâneo, de maneira a produzir

¹ O presente estudo não se debruçará sobre o diagnóstico nosológico. Portanto, não ficará restrito ao diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline segundo o DSM-5, sendo mantido o termo “pacientes de tipo borderline” definido por Winnicott.

diretivas de manejo, segundo as diferentes linhagens teóricas da psicanálise articuladas com as clínicas correspondentes. Além disso, propõe o aprofundamento da análise e do entendimento dos problemas psíquicos na contemporaneidade, avaliação das formas possíveis de sustentabilidade subjetiva e proposição de intervenções. Tendo isso em vista, o presente projeto parte da Teoria do Amadurecimento Emocional de Winnicott para pensar no manejo clínico de pacientes traumatizados, ou seja, que sofreram falhas ambientais desestruturantes no início da vida, contemplando os objetivos propostos acima.

Para tanto, trago um caso clínico de uma paciente de 24 anos diagnosticada com Transtorno de Personalidade Borderline pelos psiquiatras da instituição em que era atendida. Somente após o período de atendimento, deixo conta da proximidade entre algumas dimensões do meu papel como analista e algumas dimensões das funções exercidas pela mãe, nos primeiros meses de vida, de acordo com Winnicott (1956/2021). Ao analisar o caso, foi possível notar o meu esforço para chegar a uma quase total adaptação às necessidades da paciente, em um primeiro momento de atendimento, evoluindo para uma gradual desadaptação, à medida que seu desenvolvimento emocional ocorria. A noção de necessidades (WINNICOTT, 1988/1990) será explicitada mais adiante.

A paciente selecionada se enquadra na categoria de “paciente de tipo borderline”, termo utilizado por Winnicott em inúmeros trabalhos. Em decorrência das recorrentes falhas ambientais no início da vida, esses pacientes não alcançam um si-mesmo unitário e, com isso, não têm a experiência de habitar o mundo (e a si mesmo). Sem um senso de existência, vivem em um modo de sobrevivência a partir do desenvolvimento de defesas primitivas e radicais. Dentre esses modos de sobrevivência, podemos citar uma extrema adaptabilidade, retraimento ou reatividade (DIAS, 2011; NAFFAH, 2010).

Em decorrência disso, a forma com que esses pacientes se apresentam na clínica é muito particular: instabilidade, oscilação, transições abruptas, aproximação e distanciamento frente à angústia de abandono e de invasão (FIGUEIREDO, 2003/2018). Tendo em vista a ausência de uma imagem integrada de si e dos objetos, defesas primitivas como a cisão, a dissociação e

a projeção são utilizadas como forma de sobreviver às agonias impensáveis, dentre elas, o medo de cair para sempre, perda do senso do real e a perda da capacidade de se relacionar com objetos (WINNICOTT, 1963/1994).

Ao longo dos últimos anos, nota-se um número crescente de patologias não-neuróticas nos consultórios, trazendo consigo grandes desafios teóricos e técnicos (COELHO JUNIOR, 2018). Posto isso, tornou-se fundamental resgatar autores que se debruçaram sobre o tema, mais especificamente sobre o trauma precoce, tão característico desses quadros. Lejarraga propõe as expressões “clínica do trauma”, “clínica da cisão” ou, então, “clínica das patologias severas” para abarcar o trabalho terapêutico com pacientes graves, diante dos quais as respostas teóricas e técnicas precisaram ser repensadas (LEJARRAGA, 2008)). Muitos autores se propuseram a pensar a clínica do trauma, como Ferenczi, René Spitz, Balint, Winnicott, Margareth Little, Masud Kahn, Bollas, dentre outros. Segundo Coelho Junior (2018), esses autores enquadram-se na chamada matriz ferencziana, assumindo particularidades específicas.

A clínica do trauma possui, portanto, diversos interlocutores. Apesar das diferenças teóricas e práticas, há alguns denominadores em comum: o estudo do mecanismo de cisão como defesa diante do trauma, o papel do ambiente na constituição psíquica e no trauma, e, por fim, a proposta de uma clínica “baseada na confiabilidade do analista e na regressão” (LEJARRAGA, 2008). Ferenczi, como precursor dessa matriz, abandona a ideia da origem do traumatismo postulado por Freud e reaviva a ideia de um trauma sexual real vivido. Freud, no texto “Inibição, Sintoma e Angústia” (1926/2006), passa a enfatizar o trauma do nascimento como protótipo da angústia (apesar de não abandonar completamente a primeira teoria da angústia). O bebê, ainda imaturo em termos psíquicos e biológicos, necessita de seu ambiente para sobreviver. A ausência materna, nesse caso, significa a não satisfação das necessidades instintuais, expondo a criança a uma grande tensão e angústia. O trauma está ligado a uma angústia que toma todo o psiquismo sem a possibilidade de contenção e elaboração, ou seja, o ego vivencia uma experiência de desamparo frente a excitações (internas e externas) com as quais não consegue lidar. Desse modo, a perda de um objeto amado ou a perda de seu amor desencadeará um sinal de ameaça da repetição de situações análogas ao trauma do nascimento, de

maneira a ativar mecanismos de defesa. A angústia, portanto, produz a repressão, formando o sintoma. Assim, os adoecimentos psíquicos, para Freud, são constituídos por ativação (COELHO JUNIOR, 2018), ou seja, à medida que há um adoecimento, as defesas passam a ser ativadas para que o indivíduo possa se defender contra as angústias (quanto mais angústia, mais defesa). Nesse sentido, Freud enfatiza uma dimensão estruturante do trauma no sentido da constituição do aparelho psíquico.

Já Ferenczi, em “A adaptação da família à criança” (1928/1992), afirma que o bebê se encontra fisiologicamente maduro no momento do nascimento, diferente da noção de desamparo biológico postulada até aquele momento. Cabe aos pais tornar o ambiente o mais agradável possível, de maneira a ajudar o bebê nessa transição do ventre materno para o mundo externo. No texto “Reflexões sobre o trauma”, Ferenczi afirma que “o trauma do nascimento é isento de perigo e não deixa traços substanciais, porque o mundo circundante ocupa-se imediatamente da reparação” (1932/1992, p.105). A partir do cuidado dos pais evita-se, portanto, uma vivência traumática.

Ferenczi debruça-se a estudar o papel do trauma precoce na origem de determinados adoecimentos psíquicos. Segundo o autor, o trauma tem origem em um abuso (sexual, castigo físico excessivo ou hipocrisia), em que um adulto lida com uma criança a partir de uma linguagem da paixão, em vez de uma linguagem da ternura.

As seduções incestuosas produzem-se habitualmente assim: um adulto e uma criança amam-se; se a criança tem fantasias lúdicas, como desempenhar um papel maternal em relação ao adulto. O jogo pode assumir uma forma erótica mas conserva-se, porém, sempre no nível da ternura. Não é o que se passa com adultos se tiverem tendências psicopatológicas (...). Confundem as brincadeiras infantis com os desejos de uma pessoa que atingiu a maturidade sexual, e deixam-se arrastar para a prática de atos sexuais sem pensar nas consequências. (FERENCZI, 1933/1992, p. 101).

Segundo o autor, é preciso uma segunda cena para a constituição do trauma: um segundo adulto que desminta o ocorrido. Caso a resposta desse adulto seja o silêncio ou a negação do abuso, a criança não conseguirá construir uma significação para a experiência vivida. A reação, então, será “uma agonia psíquica e física que acarreta uma dor incompreensível e insuportável”

(1931/1992, p.79). Diante dessa dor, a criança se distanciará de si mesma e “com a convicção de que esse abandono de si mesma significa a morte” (1985/1990, p. 73). No caso de traumas precoces, portanto, o psiquismo não é constituído só por angústias ligadas ao recalque, mas também por áreas mortas ou áreas que se deixam morrer para proteger a vida e parte desse psiquismo. O trauma, portanto, traz a marca da cisão e de seus aspectos mortíferos.

Diante de vivências traumáticas, entra em jogo um perigo iminente de aniquilamento do ser. Esses sujeitos aniquilados ficam dependentes do outro e do ambiente e se constituem como sujeitos apassivados. Os traumas precoces geram, portanto, apassivação diante dos estados psíquicos muito graves cujo modelo tem como referência maior o desamparo, a cisão, a clivagem ou a fragmentação psíquica.

Essa apassivação pode ser compreendida pelo fato de que, diante da dor, a criança se submete à vontade do agressor, obedecendo-o. Ao mesmo tempo, esquece-se de si e se identifica com ele como uma estratégia de sobrevivência. Por ser apenas uma criança, não pode romper com esse agressor, do qual depende, então, rompe com uma parte de si e com suas impressões. Ao identificar-se com o agressor, a criança identifica-se também com a culpa dele, tornando-se, assim, “ao mesmo tempo, inocente e culpada” (FERENCZI, 1933/1992, p.102).

Assim, uma defesa mais radical do que o recalque é acionada: a autoclivagem narcísica (FERENCZI, 1931/1992). Nessa defesa, enquanto uma parte permanece ocupada pelo agressor, permanecendo culpada e artificialmente amadurecida, a outra fica escondida ou destruída. Dessa forma, constitui-se, assim, uma “parte sensível, brutalmente destruída, e uma outra que, de certo modo, sabe tudo, mas nada sente” (FERENCZI, 1931/1992, p.77).

Diante dessa concepção de trauma, Ferenczi define como deve ser a postura do analista. Ele deve, com tato e compreensão, ir ao encontro do paciente. Isso significa adotar uma postura autêntica e sincera, de maneira a diminuir a distância entre si e o paciente. Se o analista puder ser sincero, confessando seus erros, então poderá construir confiança, tão necessária para a resolução do trauma (LEJARRAGA, 2008). Ferenczi introduz, também, a

noção de regressão ao infantil. Segundo ele, não é possível trabalhar com o trauma a partir da rememoração, tendo em vista que não há representação, ou seja, nenhum traço mnêmico existiu. Segundo o autor (FERENCZI, 1934/1992, p.268),

Não se justifica exigir da análise a rememoração consciente de algo que nunca foi consciente. Só é possível reviver alguma coisa, com uma objetivação a posteriori, pela primeira vez, na análise. Reviver o trauma e interpretá-lo (compreendê-lo) – ao invés do recalçamento puramente subjetivo – é, portanto, a dupla tarefa da análise.

Por meio da regressão ao infantil, será possível que emergjam os aspectos infantis do paciente, de maneira que as sensações de medo e dor podem ser vividas pela primeira vez para, enfim, a liquidação do trauma. Isso só será possível se o paciente sentir que o analista está compartilhando sua dor com ele, o que exigirá uma escuta sensível e uma postura elástica (LEJARRAGA, 2008). Desse modo, Ferenczi, questiona a interpretação quanto ao seu valor terapêutico, no caso de pacientes graves. O autor coloca em xeque a eficácia desse método com pacientes que necessitam regredir ao infantil, os quais, segundo ele, só são “sensíveis à benevolência materna” (1933/1992, p.101).

Dentro da chamada clínica do trauma podemos citar também Michael Balint, autor que contribuiu com os conceitos de amor primário, ocnofilia, filobatismo e a falha básica e seus desdobramentos. Balint (1968/1993) propõe visitar e reformular o conceito de narcisismo primário, substituindo-o pelo conceito de amor primário, o qual, por sua vez, é uma teoria da relação primária com o ambiente. O amor primário diz respeito a uma relação bipessoal (mãe-bebê), em que apenas um dos lados pode ter desejos e fazer reivindicações, enquanto o outro deve se abster de interesses próprios. Nessa relação deve haver uma completa harmonia, de maneira que “é dado como certo que o outro parceiro (...) irá ter, automaticamente, os mesmos desejos, interesses e expectativas” (BALINT, 1968/, p.63).

O amor primário refere-se a etapas precoces do desenvolvimento psíquico, de maneira que as relações de objeto subsequentes na vida de um indivíduo poderiam ser sempre referidas a essa primeira relação. Segundo Balint (1968/1993, a relação objetal primária parte da interdependência bebê-mãe e

não está ligada às zonas erógenas. Trata-se, inicialmente, de uma relação indiferenciada, em que a satisfação de um é a satisfação do outro. Há dois tipos de relação primária: ocnofílica e filobática. Na primeira, o objeto é sentido como seguro e tranquilizador, enquanto o seu afastamento é sentido como ameaçador. Por conta disso, há, primeiro, a necessidade de se agarrar a objetos como símbolo de segurança. Aqui, a tendência é o superinvestimento das relações objetais, de maneira a prender-se aos objetos. Já na relação filobática, os objetos são percebidos como traiçoeiros, havendo a busca pela independência. Em vez de superinvestir as relações, há o superinvestimento das próprias funções egóicas, de maneira a desenvolver recursos para se manter sozinho, ou seja, sem auxílio dos objetos. As reações ocnofílicas e filobáticas pertencem à área da falha básica e representam defesas radicais contra a angústia (BALINT, 1968/1993).

Balint define, ainda, o nível da falha básica como o nível pré-genital e mais primário que o edípico. Esse nível permanece de maneira atemporal em relação ao período edípico, de maneira que os processos mentais mais elaborados não substituem um funcionamento mais primário da mente. Tal definição supõe que há uma área da mente, primitiva, em que não ocorrem conflitos como no caso da situação edípica (por isso o termo “básico”). Na verdade, nesse nível, ocorrem falhas, as quais podem ser, no máximo, preenchidas. O paciente sente, aqui, que uma falha precisa ser corrigida e não que um conflito precisa ser resolvido. O sentimento é de que alguém falhou e, com isso, há uma grande angústia e uma demanda de que, agora, o analista não pode falhar.

As principais características do nível da falha básica são: a) todos os eventos que nele ocorrem pertencem a uma relação exclusivamente bipessoal – não existe uma terceira pessoa; b) essa relação bipessoal é de uma natureza particular, completamente diferente das bem conhecidas relações do nível edípico; c) a natureza da força dinâmica que opera nesse nível não é a de um conflito; e d) muitas vezes a linguagem adulta pode ser inútil ou enganadora para descrever eventos nesse nível, pois nem sempre as palavras estão de acordo com seu significado convencional (BALINT, 1968/1993, p.40).

Assim como Ferenczi, Balint também propõe a regressão enquanto modelo de tratamento na clínica do trauma. Segundo o autor, existem dois tipos de pacientes: aqueles que regridem não muito além do nível edípico e aqueles

que possuem uma natureza mais primitiva. Embora Balint faça essa diferenciação, define que todos os pacientes, na transferência, retornam ao infantil e sentem profundas emoções com relação ao analista. Na regressão, as palavras perdem seu efeito terapêutico podendo, inclusive, ser experimentadas pelo paciente como sinais de hostilidade (corroborando com a ideia de Ferenczi acerca da interpretação quanto ao seu valor terapêutico na clínica do trauma). Ao regredir, o interesse do paciente volta-se à relação presente com o analista, e não ao sofrimento que o levou à análise. Segundo Balint, a maior dificuldade desse trabalho encontra-se no caso de pacientes “profundamente clivados”, “intensamente esquizóides ou paranóides”, “sofrendo de uma profunda ferida narcísica”, “tendo um ego demasiado frágil ou imaturo” (1968/1993 p.78).

Em casos de intensa regressão, o paciente parece incapaz de se dar conta do que dele é esperado, ou seja, a obediência à nossa “regra fundamental”; nesses momentos, é praticamente inútil tentar lembrá-lo das queixas originais que o levaram a buscar o auxílio analítico, pois ele passou a preocupar-se exclusivamente com sua relação com o analista(...). Quando se compreende que esse tipo de transferência, que absorve quase toda a libido do paciente, possui a estrutura de uma relação exclusivamente bipessoal – em contraste com a transferência edípica “normal”, que é definitivamente triangular – isso é reconhecido como um outro sinal diagnóstico de que o paciente já atingiu a área da falha básica. (BALINT, 1968/1993, p.80).

Embora Balint diferencie dois tipos de pacientes em regressão, afirma que o fenômeno, tanto em pacientes neuróticos quanto em psicóticos, comporta uma conduta primitiva, como uma volta à conduta da primeira infância. Sendo assim, todos os pacientes, invariavelmente, possuem aspectos infantis e, assim, cabe ao analista lidar com a “criança dentro do paciente”. Esse pensamento corrobora com a noção de retorno à loucura original proposto por Winnicott (1965/1994).

Junto com Ferenczi e Balint, dentre outros autores, Winnicott desenvolve uma abordagem clínica considerando a importância do ambiente no processo de amadurecimento emocional. Winnicott (1988/1990) afirma que o ser humano possui uma tendência inata ao desenvolvimento. No entanto, ressalta que esse desenvolvimento, nos primeiros meses de vida do bebê, dá-se a partir de um ambiente facilitador. Esse ambiente é caracterizado pela mãe e pelo conjunto de cuidados que ela fornece de maneira suficientemente adaptada às necessidades

do bebê. Segundo o autor, “os lactentes humanos não podem começar a ser, exceto sob certas condições” (WINNICOTT, 1960/1983, p.43).

O amadurecimento se dá a partir de um ambiente suficientemente bom que atenda às necessidades do eu, ou seja, a necessidade de ser e de continuar a ser, bem como de ser visto, escutado e sentido. As diversas necessidades do eu serão detalhadas adiante. Entre estados de continuidade e de descontinuidade, o bebê passa a se desenvolver psiquicamente. É o conjunto de momentos de continuidade, marcado pelo atendimento da mãe às necessidades, e momentos de descontinuidade, caracterizados pela angústia de aniquilação, e a recuperação desses estados que faz com que a integração aconteça. À medida que esse processo se desenvolve, o ego da criança se torna mais coeso e fortalecido, podendo, aos poucos, ser sentido como unido e real. Segundo Dias:

(...) o que está, portanto, em pauta, no amadurecimento pessoal, não são funções isoladas, sejam elas biológicas, mentais ou sexuais, mas o próprio viver humano, naquilo que este tem de estritamente pessoal: o sentimento de ser, de ser real, de existir num mundo real como um si-mesmo. (DIAS, 2017, p.78)

O processo de amadurecimento ocorre em quatro etapas: dependência absoluta, dependência relativa, “rumo à independência” e independência relativa. Cada etapa é constituída por tarefas e conquistas, as quais são percorridas a partir da tendência inata à integração. As tarefas mais essenciais no amadurecimento ocorrem no estado de dependência absoluta e relativa, períodos durante os quais são desenvolvidas as bases primordiais para o sentir-se real e o vir a ser. Dentre elas, podemos citar: integração no tempo e no espaço, o alojamento da psique no corpo e o início do contato com a realidade. Ao mesmo tempo em que essas tarefas são percorridas, o si-mesmo do bebê é elaborado a partir de pequenas experiências de integração durante as vivências de continuidade e descontinuidade (DIAS, 2017).

Diferentemente de Ferenczi, que compreende o trauma ligado a um momento em que já existe um eu relativamente constituído, Winnicott estuda o trauma a partir das falhas na oferta de um ambiente suficientemente bom nos primeiros meses de vida, ou seja, na oferta de *holding*, *handling* e apresentação de objetos. Sendo assim, o trauma ocorreria em um período anterior à aquisição

de um *status* de unidade em termos de espaço-tempo, implicando uma ruptura na continuidade de ser, de maneira que defesas muito primitivas, como a cisão, se organizaram contra as agonias impensáveis.

Diante disso, o trabalho do analista recai sobre o manejo, de maneira que a interpretação, no sentido do trabalho analítico clássico, fica em segundo plano. A regressão à dependência ganha especial importância do trabalho com pacientes graves, os quais:

precisam regredir à situação do fracasso ambiental para que a cura seja possível, sendo indivíduos que sofreram rupturas na continuidade da vida, tiveram vivências significativas de agonias impensáveis e defenderam-se com mecanismos de cisão, especialmente a cisão patológica entre o verdadeiro e o falso si-mesmo. (LEJARRAGA, 2008, p.128).

A regressão à dependência depende da construção de uma relação de confiança, por meio da qual o paciente poderá experimentar os fracassos ambientais passados. Será a partir da falha do analista que o paciente poderá, por exemplo, sentir raiva pela primeira vez, de maneira a dirigir esses afetos despertados para seu ambiente, algo externo e concreto, no lugar de sensações difusas de aniquilamento. O analista deverá, então, sobreviver e não retaliar os ataques do paciente.

No *setting* analítico será possível, portanto, vivenciar aspectos do infantil e da loucura precoce (a qual será explicitada ao longo deste trabalho), de maneira a retornar, quando necessário, aos estágios de dependência absoluta. Segundo Figueiredo (2009/2012, p.106), “o enquadre repõe o paciente, no plano da fantasia, na condição primordial de onipotência, impotência e dependência radicais.”. Essa condição permitirá elaborar experiências emocionais primordiais e fantasias inconscientes decorrentes dessas experiências. Nesse contexto, o analista deve ser capaz de caminhar com o paciente em direção à renúncia da “estabilidade” mantida pelos mecanismos de defesa arcaicos, e esse processo deverá ser feito com muito cuidado, pois exigirá uma disponibilidade para compreender quando o paciente necessita entrar em contato com a sua loucura.

Essa disponibilidade envolve uma grande sensibilidade do analista para adaptar-se às necessidades do paciente, inclusive a necessidade de loucura, pontuada por Figueiredo (2009/2012). A adaptação implica oferecer um

ambiente que exerça funções antitraumáticas em um contexto de regressão. Nos casos difíceis, a função de para-excitação do objeto primário foi falha, de maneira que o analista deverá exercê-la por meio de sua profunda sensibilidade. Dentre as funções antitraumáticas que o ambiente e, posteriormente, o analista deverá fornecer está o *holding*. Essa função é de sustentação e de delimitação do corpo (CINTRA, 2003), de maneira a proteger o bebê da angústia de cair para sempre (WINNICOTT, 1963/1994) e de favorecer o processo de personalização. Por meio dessa função, o analista poderá atender às necessidades do eu de seu paciente regredido, de maneira a olhá-lo, escutá-lo e senti-lo. Além do *holding*, podemos citar outras funções antitraumáticas, como a de ego auxiliar, a capacidade de esperar, o manejo do tempo e a função de espelho (CINTRA, 2003).

Portanto, os métodos de atendimento disponibilizados e utilizados até o momento puderam ser repensados por diversos autores para os pacientes que não respondiam à psicanálise clássica, de maneira a dar a oportunidade e o acesso a um tratamento adequado. A clínica do trauma, na qual estão incluídos os pacientes com diversos graus de traumatismo psíquico, possibilitou que pacientes antes considerados não analisáveis e que, portanto, permaneciam à margem do ambiente terapêutico, pudessem ser cuidados. Considerou-se, assim, a necessidade de se construir uma transformação da análise padrão (FIGUEIREDO, 2003/2018), de maneira que conceitos como a Elasticidade da Técnica (FERENCZI, 1928) e Meio Maleável (MILNER, 1952/1991) tornaram-se primordiais, assim como o conceito de regressão à dependência (WINNICOTT, 1954/2021).

A análise modificada, desse modo, providenciará um encontro, em contraponto ao não-encontro entre mãe e bebê que ocorrera no passado. Winnicott se interessa pelo não-acontecido, ou seja, por aquilo que impediu que o processo rumo à integração fosse levado adiante. Os pacientes borderline, sobre os quais o autor se debruçou, vivem a partir de uma não-existência, em decorrência de um ambiente que falhou repetidamente (DIAS, 2011). Portanto, o encontro em análise permitirá que esses pacientes encontrem o mundo e a si mesmos, em busca de uma familiaridade. Este trabalho apresentará o que denominei de “Clínica do não-acontecido”, em referência ao não-encontro entre

mãe e bebê e ao que não-aconteceu em termos de amadurecimento. A ideia corrobora com algumas outras noções, como “conhecido não-pensado” de Christopher Bollas e “vida não-vivida” de Thomas Ogden (apesar das particularidades dentro de cada conceito). Concomitantemente, apresentarei o encontro possível em análise e os efeitos dele.

2. OBJETIVOS

Geral

A partir da teoria do amadurecimento emocional de Winnicott, este estudo procura investigar o papel do analista no atendimento de pacientes borderline, de modo a relacionar e diferenciar algumas funções maternas primárias, necessárias ao pleno desenvolvimento emocional, com algumas funções exercidas pelo analista dentro do contexto analítico.

Específicos

1. Investigar e levantar os aspectos transferenciais e contratransferenciais da clínica com esses pacientes;
2. Estudar as funções maternas primárias e as falhas ambientais no processo de desenvolvimento emocional;
3. Pensar formas de manejo com pacientes borderline, relacionando e diferenciando algumas funções do analista com funções maternas primárias, características dos primeiros meses de vida do bebê.

3. MÉTODO

O presente estudo se refere a um estudo Clínico-Teórico, a partir do método psicanalítico. Naffah Neto e Cintra (2012) afirmam que o próprio fazer psicanálise implica fazer pesquisa. Diante disso, dividem três categorias de pesquisa em psicanálise. A primeira é a pesquisa-escuta, marcada pela atenção flutuante do analista e a associação livre do analisando. O analista, portanto, coloca-se disponível em sua escuta, de maneira a produzir sentido e significado às palavras do analisando. A atenção despendida não deve ser seletiva e o analista não deve buscar uma compreensão imediata. Já a segunda categoria é a pesquisa-investigação, em que o pesquisador se debruça sobre a teoria para complementar e dar suporte à pesquisa clínica. O processo de investigação vai além do relato escrito, envolvendo o desejo do pesquisador na tarefa. As duas categorias de pesquisa se alternam e se complementam invariavelmente. Por fim, a última categoria é a pesquisa em epistemologia da psicanálise, por meio da qual é possível rever conceitos e fundamentos.

É importante diferenciar a pesquisa em psicanálise da pesquisa com método psicanalítico. Enquanto na primeira o objeto de estudo é a própria psicanálise, não sendo necessário que o pesquisador seja um psicanalista atuante, na segunda, é imprescindível que ele esteja em atividade.

Para investigar as estratégias terapêuticas e analisar a experiência clínica serão utilizadas vinhetas clínicas de um único caso, atendido por mim, e já encerrado. O caso foi escolhido a fim de ilustrar a teoria do amadurecimento emocional do Winnicott e apontar minhas estratégias, enquanto terapeuta, durante o atendimento, de maneira a relacioná-las com algumas dimensões das funções maternas primárias. Para tanto, as vinhetas serão selecionadas a partir do material clínico disposto em prontuário, sendo feitos, assim, recortes do caso ao longo dos dois anos de atendimento. O estudo a partir das vinhetas será estruturado da seguinte forma: primeira parte com o relato do caso clínico, de maneira a ilustrar a relação transferencial e os aspectos contratransferenciais do processo analítico nos casos de pacientes borderline. Na segunda parte, trarei as contribuições de Winnicott para o tema das funções maternas primárias e as falhas ambientais. Por fim, investigarei o papel do analista em casos borderline,

considerando o que Winnicott afirma sobre o desenvolvimento emocional primitivo.

4. O CASO VANESSA

Antes de iniciar o relato sobre Vanessa, faço uma breve pontuação acerca do que o leitor encontrará aqui. Durante o processo analítico, é importante que o analista se permita entrar e vivenciar a experiência emocional despertada pelo encontro. A partir dessa vivência, poderá ser convidado a identificar-se com a criança-no-paciente, permanecendo sensível às necessidades dessa criança. É comum também que, durante o encontro, surjam imagens, devaneios e sonhos, despertados pela fala e por toda a experiência emocional vivida. O analista, desse modo, deve estar sensível aos conteúdos emocionais despertados nele, como forma de acessar as necessidades mais primitivas do paciente para, assim, responder a elas. Como verão a seguir, o relato sobre Vanessa caminha junto com as experiências emocionais vividas nos encontros, trazendo sonhos e emoções despertados em mim.

Os encontros com Vanessa duraram cerca de um ano e oito meses, período no qual fui impactada pelas violências que sofrera ao longo da vida. Vanessa foi diagnosticada por psiquiatras com Transtorno de Personalidade Borderline, de acordo com o DSM-5, passando por alguns acompanhamentos, antes de iniciar sua análise comigo, em um ambulatório de referência na área. Quando nos conhecemos, ela tinha 23 anos e morava com a mãe, com quem tinha uma relação instável, permeada por brigas e agressões verbais constantes. Desde a infância, sentia-se desamparada, à mercê de homens que a violentavam continuamente. Sofreu múltiplos abusos sexuais por parte do pai, do padrasto e do irmão mais velho, permanecendo desprotegida por parte da mãe, que negava a violenta realidade vivenciada por ela. Vanessa dava indícios ao seu ambiente de que algo acontecia com ela: relatava não gostar de estar perto de seu padrasto, por exemplo. No entanto, a mãe a obrigava a conviver diariamente com ele, ameaçando bater nela quando se recusava estar perto. Dessa forma, era, constantemente, exposta a situações traumáticas, permanecendo sem amparo. Durante muitos momentos, o padrasto acariciava suas pernas e partes íntimas na presença da mãe e diante da não interferência, Vanessa questionava se ela estava percebendo o que ocorria. Outras pessoas evocavam no corpo de Vanessa excitações muito intensas e inadequadas, mas sua mãe permanecia passiva e sem colocar limite. Onde estavam os adultos que

poderiam testemunhar as violências que Vanessa sofria e, assim, protegê-la? Na ausência dessas testemunhas ao longo dos seus 23 anos, via-me convidada, durante o atendimento, a ocupar esse lugar, e dar um reconhecimento da violência que ela tinha sofrido. Por vezes, eu sentia raiva e um desejo de que ela não passasse novamente por agressões e abusos. Pude, assim, identificar-me com sua criança, o que também ficará evidente no primeiro sonho que tive como sua analista e que relato mais adiante.

Já com seus 18 anos de idade, a paciente decide conversar com a mãe sobre todas as agressões sexuais que sofreu por parte de seu padrasto, irmão e pai. A decisão foi tomada quando optou por morar com o pai, mediante as violências que sofria na casa da mãe, mas sofreu novamente um abuso sexual por parte dele, o que a encorajou para o diálogo com a mãe. Vanessa fugiu da violência, tentando buscar refúgio, e foi agredida mais uma vez. Quanta brutalidade e desamparo, penso. Imagino o quanto era difícil suportar essa realidade de uma mãe que não a protegia e de homens que a invadiam e a violentavam. O único recurso que encontrou diante de um ambiente tão ameaçador e negligente foi o de se automutilar para lidar com a própria dor. Quanta dor que não era vista nem reconhecida por seus supostos cuidadores!

Vanessa não entendia claramente que sofria abusos, sentia apenas um desconforto de estar perto do padrasto. Percebeu a inadequação e violência a partir de intervenções de amigas e das mães delas, que testemunharam sua dor e sofrimento, e, somente a partir disso, pôde procurar sua mãe para buscar refúgio. Ao contar cenas do padrasto passando a mão em suas partes íntimas para a mãe de uma amiga, essa fez uma primeira intervenção, dizendo que “isso não era normal” (sic) e que deveria sair de casa. Além do padrasto, havia também cenas em que o pai, ao abraçá-la, passava a mão em seus seios. Ficava confusa, sem conseguir dar um nome a essa vivência, novamente, sentia-se apenas desconfortável. A paciente não sabia até onde podia ir o afeto dos seus abusadores, perguntava-se se era legítimo o que faziam. Ao mesmo tempo, sentia-se esvaziada ao lembrar, como se existissem muitos enigmas em torno do que acontecia, por isso, tentava apagar tudo de sua memória. Ao relatar as vivências confusas com o pai, uma amiga alertou sobre a gravidade do que estava acontecendo e, após essa intervenção, Vanessa compreendeu a

necessidade de contar a sua mãe e romper a relação com o pai. Percebe-se, desse modo, o quão importante fora o papel dessas amigas e as respectivas mães, que atestaram as violências não reconhecidas por seu ambiente.

Enquanto permanecia na casa do pai, o padrasto ainda vivia com sua mãe. Precisou “dar um ultimato” na mãe, dizendo que não voltaria mais enquanto ele não saísse de casa. Pela primeira vez, a mãe acolheu o pedido de Vanessa, que pôde, então, estar em um ambiente mais protegido. Com a esperança de viver um período de afetos menos intensos e violentos, depara-se, na verdade, com o declínio emocional da mãe, a qual deprimiu, não conseguindo sair da cama. Foi um período muito difícil para Vanessa, durante o qual perdeu o sentimento de prazer em tudo. Uma casa vazia, imagino. Dentro e fora dela. Entrava e saía e o quarto de sua mãe permanecia fechado. Não conversavam, o silêncio imperava. Nesse período, Vanessa estava em um relacionamento que a ajudou a lidar com esse vazio deixado pela mãe. A relação era marcada por um extremo controle e por ciúmes, mas que, segundo seu relato, “pelo menos tinha alguém a quem recorrer” (sic). A família desse ex-namorado a acolhia e a tratava como filha, o que a fazia se sentir cuidada e amparada.

Lembro que nos primeiros meses de acompanhamento, a paciente alternava as falas entre os abusos que sofreu ao longo da vida, sua dificuldade de relacionamento com a mãe e o luto pela perda do primeiro terapeuta, o qual faleceu por suicídio nos primeiros meses do acompanhamento terapêutico.

4.1 O primeiro contato e a tendência a deixar de existir

Lembro que o primeiro contato com Vanessa foi marcado por agonias muito primárias, não ditas e não pensadas, apenas vividas no encontro. Minha sensação era de um calor que invadia a sala e de que o ar estava parado. Sentia, às vezes, que era insuportável estar ali. Quando abria a porta, ao encerrar a sessão, podia respirar, parecia que havia novamente ar. Então, vivíamos juntas uma experiência de morte antes mesmo de poder falar e pensar sobre ela. Nesse primeiro contato, ao deixá-la na recepção e me despedir, observei que Vanessa se direcionara ao banheiro. Fiquei paralisada por alguns minutos na dúvida se pedia para alguém checar se estava tudo bem com ela ou se retornava à sala.

Decidi retornar. Percebi, nesse momento, esse estado de desintegração característico desses estados mais regredidos do desenvolvimento. Vanessa estava muito fragilizada e, ao mesmo tempo que era difícil estar com ela, sentia a necessidade de estar muito próxima para que não estivesse desamparada em seu intenso sofrimento.

Os primeiros meses de atendimento foram muito marcados por esse sentimento de que algo terrível poderia acontecer à Vanessa. As sessões eram permeadas por muito silêncio. Eu assistia a Vanessa chorar e oferecia sustentação para o sofrimento dela como continente. Ficava, então, a seu lado e proporcionava um olhar de amparo, para que ela pudesse viver essa angústia na presença de alguém. Eu sentia que esse acolhimento inicial tinha que ser sem palavras, qualquer interpretação ou fala seria intrusivo. A sensação era que Vanessa, nesses atendimentos, ia se esvaindo e eu ia morrendo junto com ela.

Vanessa chegou estilhaçada. Com todas as dores e marcas de perdas e violências, não conseguia sustentar-se por si só. Regredida, necessitava de uma provisão ambiental que pudesse ampará-la para que não deixasse de existir. Era como se, dentro dela, duas forças coexistissem: existir ou deixar de existir? Ao lado de uma tendência inata à integração, havia uma tendência a se aniquilar para não ser aniquilada. Dado isso, via-me impelida a ocupar um lugar de cuidado, permanecendo muito sensível às necessidades dela.

Em meio aos silêncios, Vanessa conseguia relatar, vez ou outra, sobre sua última tentativa de suicídio. A tentativa foi deflagrada por mais uma situação traumática em sua vida: o falecimento de seu terapeuta naquele mesmo momento. Uma semana após receber a notícia tomou diversos medicamentos junto com uma dose alta de bebida alcoólica, mas foi socorrida pela mãe. Diante desse cenário, Vanessa foi internada pelo período de quatro meses, e passei a acompanhá-la logo ao sair da internação. Ao começarmos o trabalho, relatou muita dificuldade para realizar atividades diárias. Entramos, então, em uma intensa elaboração do luto pela perda do terapeuta anterior. Penso que a internação funcionou como uma incubadora, era um espaço de muito cuidado em que não precisou lidar com as ameaças e agressões da vida. Em seu último dia de internação, desenhou nas paredes da enfermaria uma planta crescendo. Penso que com cuidados em tempo integral e com a suspensão de toda sua

vida, pôde estar devidamente sustentada. No entanto, ao sair, lidou novamente com aquela mesma casa vazia de anos atrás. Assim como no vazio da mãe que deprimira, ficou no vazio dos encontros com seu terapeuta os quais não aconteceriam mais.

Ao longo das sessões, após o primeiro mês de acompanhamento, ocorreram muitas referências ao suicídio. Para Vanessa, seria uma satisfação não ter que fazer coisas cotidianas. Além disso, considerava viver uma obrigação. Ela usava a expressão “coquetel de eutanásia”, que significa tomar uma dose elevada de medicamento, pois seria muito mais fácil não passar novamente pela experiência da tentativa de suicídio e, ao mesmo tempo, poderia deixar de existir nas condições de intenso sofrimento em que estava. Após 2018, depois de sua primeira tentativa de suicídio, a vida nunca mais teve sentido, não conseguia mais planejar o futuro.

Vanessa tornou o uso da maconha cada vez mais intenso, sendo possível notar que estava sob efeito da erva durante as sessões. Esse uso iniciou-se aos 13 anos de idade, para que pudesse aguentar os intensos afetos ao ficar em casa com seu padrasto. O uso passou a ficar associado com sentimentos difíceis que queria recusar. Quando sua mãe deprimiu, após a separação do padrasto, também fazia um uso significativo da maconha. Penso que, então, se o uso estava se intensificando após a saída da internação, era porque não estava conseguindo lidar com algo muito difícil. Após pontuar, em sessão, sobre a necessidade de não usar maconha por algumas horas antes de nosso encontro, começou um período em que abordava a dificuldade de não estar mais com seu antigo terapeuta. Desse modo, a maconha estava funcionando como um colo de mãe que amenizava a angústia de um bebê. Colo esse que não encontrava em seu ambiente, mas que, aos poucos, pôde encontrar em seu acompanhamento comigo.

Relatava ser difícil aceitar que estava viva; na verdade, viver não tinha sido uma escolha sua. A maconha a fazia pensar menos em coisas ruins, como o suicídio. Vanessa dizia que quando alguém se mata, uma parte da pessoa já está morta e que quando o suicídio se consuma, a pessoa só terminou de matar a parte que sobrou. Quando entendeu o significado dos abusos foi como se uma

parte dela tivesse morrido. Se soubesse que esse relato traria tanta confusão para a família, nunca teria falado. Na verdade, ela sentiu que precisava cortar o contato com os abusadores e dar limites, porque não havia quem fizesse isso por ela. No entanto, sentia muita culpa por colocar esses limites, mediante os quais vivenciou o declínio de sua mãe.

Era muito difícil para ela fazer terapia, pois a minha presença lembrava a ausência de seu antigo terapeuta. Contava sobre o medo que estava sentindo de esquecê-lo e sobre não ter mais nada sobre ele nesse plano, apenas memórias. Era preciso que ele ainda estivesse respirando, vivo, para existir dentro dela. Em um intenso trabalho de luto, a paciente revelava uma tristeza profunda pela perda: “Queria que não tivesse dado certo ele se suicidar, que ele só tivesse tentado. “Eu acreditava nele, achava ele um ótimo profissional, imaginava um ótimo futuro; é triste. Lembro dele em toda terapia, não quero mais fazer terapia”.

Em meio a essa tristeza, surgem os primeiros momentos de raiva. Vanessa relembra o filme “Por lugares incríveis”, identificando-se com a personagem principal, Violet. Vamos acompanhar, então, o relato desse filme tão sensível ao retratar o tema do suicídio.

Violet, uma adolescente de 17 anos, perde a irmã mais velha em um acidente de carro e, diante de um intenso trabalho de luto, passa a vivenciar pensamentos suicidas. Ela decide, então, subir no parapeito da mesma ponte em que a irmã faleceu para tentar suicídio. Nesse exato momento, Theodore, que estudava na mesma escola, encontra-a e a retira do parapeito. A partir desse episódio, Theodore tenta inúmeras aproximações de Violet. Após iniciarem um trabalho escolar juntos, começam a vivenciar momentos bons e a retomar a esperança na vida, iniciando uma relação amorosa. No entanto, Theodore apresentava um quadro de depressão do qual Violet não tinha conhecimento. Em razão desse quadro, Theodore comete suicídio, gerando um intenso sofrimento para Violet, que vivenciava novamente a perda de alguém que amava.

Vanessa pontuava, com raiva, esse episódio injusto ter aparecido uma pessoa que despertou esperança e, no final, acabar cometendo suicídio. “Essa

pessoa não pensou no sofrimento que ia gerar”, diz. Penso o quanto seu antigo terapeuta estava trazendo esperança em seu tratamento, de maneira a começar a vivenciar afetos positivos com relação à vida. O quão importante fora poder localizar em seu ambiente, a partir das sessões, essa falha. A falha estaria fora dela, de maneira que a incapacidade de ser cuidada está no ambiente e não nela.

Por vezes, o sentimento de culpa aparecia em sessão. Na época do falecimento do seu terapeuta, Vanessa teve uma crise desencadeada por dois cenários. Um professor da faculdade foi grosseiro, respondendo de maneira ríspida a uma dúvida sobre um projeto que realizava. Vanessa tinha muita dificuldade em verbalizar o que pensava e sentia, sendo um grande evento conseguir se aproximar de um professor para tirar uma dúvida. Sentia-se muito ansiosa, sempre antecipando a possibilidade de um conflito. Vivenciar o seu maior receio despertou um excesso de afetos que não conseguia conter. Outro cenário que contribuiu para o desencadeamento da crise foi o término de uma relação com uma menina. Vanessa sempre procurava essa menina, convidando-a para sair. No entanto, o contrário raramente acontecia. Em determinado momento, a menina parou de responder a ela, não permitindo que Vanessa compreendesse a razão do afastamento. Vanessa vivenciou o término como um abandono, não suportando os afetos despertados por tamanha negligência na relação. Nessa época, teve ideação suicida e quis se cortar, mas, em vez disso, enviou mensagem para o terapeuta. Relata que foi significativo pedir ajuda, pois, em geral, não ousava enviar mensagens para não incomodar. Sentia-se culpada pensando que esse pedido de ajuda poderia ter contribuído para a tentativa de suicídio de seu antigo terapeuta, devido à proximidade dos eventos. Lembro, nesse momento, que Vanessa sempre verbalizava o quanto sentia que, todas as vezes que pediu ajuda havia prejudicado alguém. Esses pedidos de ajuda, ao longo de sua vida, tiveram, como consequência, constantes brigas na família e o declínio de sua mãe.

4.1.1 O sonho da analista: gestando Vanessa!

Penso que, no momento em que Vanessa começa a construir a esperança de encontrar no mundo aquilo de que necessita, há o rompimento traumático dessa ilusão de onipotência que começava a ser sustentada para que, então, pudesse criar esperança novamente no mundo. Os atendimentos comigo, portanto, iniciam-se em um momento de total colapso do sonhar de Vanessa, durante o qual me sinto muito sensibilizada com seu sofrimento.

Durante longas sessões falando sobre morte, eu tinha a sensação de que minha energia ia se esgotando. A fala de Vanessa era muito pausada, com muitos silêncios, sendo, por vezes, muito difícil estar ali com ela. Em meio a tantos silêncios, tenho um sonho!

Estava em um congresso, sentada em uma escada. Vanessa estava atrás de mim. Logo atrás de nós duas havia uma mulher, amedrontadora, com uma expressão de raiva, parecia que nos agrediria. Ao pensar nesse sonho, me perguntei quem seria essa mulher amedrontadora. Será que era uma representação da mãe que sempre temia? Ou, então, de todas as violências que tinha sofrido e das quais precisava se proteger? Vendo seu medo, falo para Vanessa entrar dentro da minha bolsa, o que acontece imediatamente no sonho. Então, eu a levo para o banheiro, com a certeza de que estava protegida e longe de ameaças. Abro a bolsa para que possa sair e ela já não está mais lá. Fico aflita pensando onde estaria e o que estaria fazendo. Será que estaria tentando suicídio? Será que estaria novamente vulnerável mediante situações de violência? Passo a procurá-la desesperada pelas instalações do evento. Tento ligar para o psiquiatra, mas sem sucesso; ele estava em um avião indo para o congresso. O sonho acaba e não consigo achá-la.

O sonho traz à tona uma comunicação muito primitiva e pré-verbal das necessidades da Vanessa, diante da minha disponibilidade para me identificar com ela. Fui convocada, enquanto analista, a responder uma necessidade sua: a necessidade de ser gestada. Nessa época, parecia que eu estava oferecendo a ela um continente uterino que a mãe não havia dado. Sentia que precisava guardar Vanessa nessa “bolsa”, pois ela não estava pronta ainda para nascer. Era como se fora da minha bolsa de proteção ela se esvaísse e dentro dela isso

não aconteceria. Os aspectos da função materna eram tão predominantes que me via convidada a cuidar dela como se fosse a mãe. Por vezes, perguntava se ela havia trazido o almoço, nos dias em que nos víamos presencialmente. Sentia-me chamada a exercer uma função materna como essa, para poder proporcionar essa vivência a Vanessa. Precisávamos nos tornar um, por um momento, para que, então, ela pudesse emergir. Seu sumiço, no sonho, alertava-me sobre sua tendência a deixar de existir e sobre a necessidade de que eu estivesse muito próximo a ela, em um relacionamento primitivo do tipo direto.

Ao longo dos primeiros meses de atendimento, eu vivia um grande sentimento de impotência e me faltava suporte teórico para ajudá-la. Sentia também que estava assumindo prematuramente o caso, como uma jovem terapeuta diante de um caso de grande complexidade. Existia o medo de não conseguir conter os afetos tão intensos e destrutivos de Vanessa dentro de mim, ou seja, de não conseguir dar a ela o que necessitava. O sonho representava parte dessa minha angústia e preocupação ao buscar um congresso, local onde poderia ampliar meu conhecimento. Posteriormente, pude compreender que não era necessário um grande percurso teórico para que pudesse oferecer à Vanessa aquilo que necessitava. Na verdade, segundo Figueiredo (2021/2022), ser psicanalista trata-se, na verdade, de uma disposição da mente. Essa disposição implica “ser livre, espontâneo e elástico na escuta e no contato com a vida emocional do analisando” (FIGUEIREDO, 2021/2022, p.135). Implica, ainda, disponibilidade, sensibilidade e tato, bem como sinceridade e capacidade de adaptação às necessidades do paciente. A partir dessa disposição é possível transformar experiências emocionais brutas e cruas em sentido. Portanto, pude compreender que o que estava oferecendo à Vanessa enquadrava-se no que Winnicott chama de ambiente suficientemente bom, a partir de uma disposição da mente.

Alguns meses depois, tenho novamente um sonho, durante meu período de férias. No sonho, estava na casa dos meus avós, no interior. Vanessa me procurava com um olhar de sofrimento e eu dizia que ela precisava ir ao pronto socorro psiquiátrico. Ela, então, segue minha orientação e caminha em direção a um pequeno morro, descendo-o. Aos poucos, ela sai do meu campo de visão

e permaneço com uma preocupação: mas Vanessa está sozinha, ela precisa ir acompanhada!

Novamente fui convocada a responder a uma necessidade dela: a necessidade de sustentação e amparo. Ao retornar de férias sou informada de que Vanessa havia brigado com sua mãe e, em decorrência disso, se automutilado e proferido golpes em seu próprio rosto. “Ela não podia ter ficado sozinha”, penso. Respondo a essa necessidade oferecendo muito acolhimento a sua dor e reconhecendo a dificuldade que era lidar com a mãe, que não a compreendia em suas dores. O efeito disso surgira ao longo de muitas sessões, durante as quais conseguia ver em seu rosto a atenuação lenta de seu sofrimento.

Após esses dois sonhos, questionava-me sobre o excesso de implicação no caso. O quanto de fato deveria estar envolvida e disponível para a experiência emocional vivida no encontro? Muita análise pessoal para compreender que o desamparo de Vanessa esbarrava no meu próprio desamparo, vivido no ambulatório enquanto jovem terapeuta ou em minha própria história de vida. A partir disso, pude usar o meu sonho a favor do caso, de maneira a elucidar o momento que vivíamos na situação analítica. Pude, aos poucos, compreender também a necessidade que Vanessa tinha de que eu pudesse sonhar com ela as situações traumáticas de sua vida e, para isso, precisava me identificar com ela, tal como uma mãe se identifica com seu bebê. Ao mesmo tempo em que permitia uma fusão parcial, havia a necessidade de Vanessa de que continuasse em contato com a realidade, mantendo minha posição de cuidado. Frente a isso, busquei inúmeras vezes minha análise pessoal e supervisão.

4.1.2 Uma experiência de confiabilidade e crescimento

Vanessa vivia e eu acompanhava, então, seus estados de desintegração e integração, apostando na existência de recursos internos. Ela tinha muitas dificuldades e limitações, mas também muita potência, a ponto de ganhar o terceiro lugar no prêmio para uma grande marca e ter seu trabalho escolhido para ser apresentado em um congresso. Vanessa era reconhecida, por seus professores, pelos seus trabalhos. Tinha uma exigência muito grande em suas

entregas, com um grande conhecimento sobre cores, fontes e combinações harmoniosas. Seus recursos internos também se faziam presente nos atendimentos, diante dos quais fazia uso do que era oferecido. Assim, não só apostei na sua potência como também fiz um intenso trabalho para desenvolvê-la, tendo em vista que ainda lidava com uma pessoa que estava funcionando como um bebê muito fragmentado. A seguir, relato um episódio em que essa fragmentação pode ficar mais nítida.

Durante a faculdade, Vanessa precisou desenvolver uma identidade visual e um logotipo. Acho curiosa a construção de seu logotipo: seu primeiro nome “Vanessa” aparece na horizontal e seu último nome “Lopes”² aparece na vertical, logo ao final. Abaixo de seu primeiro nome desenha quadriculados, em que um quadrante era pintado e o outro vazado. Tive a fantasia de que ela estaria desenhando sua pele, cheia de frestas, porosa. Da primeira versão do logo, o nome constava em preto, já na última versão, estava em rosa choque. Senti muita vida vindo desse logotipo, com uma cor tão intensa e viva, apesar de toda a fragilidade dos quadrantes que sustentavam seu nome.

Suportando esse desenvolvimento de Vanessa, fui podendo exercer uma função materna a tal ponto que ela pôde se identificar com uma outra mãe, capaz de acolher, cuidar e integrar. Ela se deparava, então, com alguém que exercia essa função, como uma mãe que cuida, algo que ela nunca tinha tido. Dá-se início, assim, a um segundo momento dos atendimentos, em que ela pôde perceber o quanto tinha habilidades e recursos bem integrados. Isso aparece a partir de inúmeras sessões em que falava de suas produções da faculdade e a busca por um emprego. Passo, então, a acompanhar o prazer que tinha no fazer. Nesse momento, ela ainda tinha dúvidas se era capaz ou não de produzir bem seus trabalhos e de conseguir um emprego, mas dava passos em direção a isso. Inscreveu-se no programa de iniciação científica e foi aprovada. Naquele momento, começa a trazer o desejo de se tornar uma psicanalista, identificando-se comigo. Vanessa estava podendo transformar a sua imagem interna de mãe, a ponto de desenvolver uma relação de parceria com ela, usufruindo de sua criatividade.

² Sobrenome fictício.

De uma relação de muitas agressões e brigas com a mãe, passou a poder contar com ela em uma relação de troca: ao mesmo tempo em que Vanessa limpa a casa, sua mãe cozinha para ela, dentre outras coisas. Além disso, via-se, muitas vezes, na posição de ajudar essa mãe, o que, no início, era uma situação de muita dificuldade e desamparo. Podendo ajudar essa mãe, pôde começar a cuidar de si mesma. Conseguiu, por exemplo, ter uma percepção maior, embora ainda pequena, dos seus estados internos e de quando deve recorrer ao uso do SOS (medicamento destinado apenas para momentos de angústia intensa). Antes havia um uso indiscriminado desse medicamento, mas, posteriormente, Vanessa conseguiu perceber quando estava sentindo uma angústia com a qual conseguiria lidar conversando com os profissionais e rede de apoio, e quando conseguiria sozinha.

Ao vivenciar, em análise, angústias impensáveis, Vanessa começou a ter a experiência de estar viva. Reconhecia essa nova fase e dizia que era a primeira vez que pensava no futuro, em vez de morrer. Com relação a isso, cito um trecho do livro “Rêverie e Interpretação” de Thomas Ogden:

O objetivo da análise vai muito além da resolução de conflitos intrapsíquicos inconscientes, da diminuição da sintomatologia, entre outros. A experiência de se sentir vivo é uma capacidade superior às outras. (OGDEN, 2013, p. 39)

A oferta de um ambiente de sustentação teve como efeito o surgimento de sonhos da paciente em análise, uma vez que raramente Vanessa relatava sonhar. Os sonhos estavam funcionando como uma tentativa de elaboração das angústias que não se pautassem apenas em uma comunicação muito primitiva, a partir do corpo. Durante uma semana permeada de angústias frente à entrega de trabalhos na faculdade e a uma intensa sobrecarga de trabalho, Vanessa sonha que uma amiga, mostra a ela cortes feitos em seu antebraço e, como em um espelho, a amiga também mostra seus cortes. Ao questionar a paciente sobre possíveis associações, ela traz: “acho que foi meu inconsciente falando sobre a minha vontade de me cortar”. Diferente de outros momentos do meu acompanhamento com ela, em que teria se automutilado, Vanessa apenas sonhou com essa possibilidade. Conseguimos falar sobre sua dor e sua angústia durante aquela semana a partir do seu sonho, ao invés do corte real em seu braço.

Aos poucos, fora possível criar um ambiente de confiabilidade, de maneira que Vanessa passasse a reconhecer os ambientes de cuidado que estavam disponíveis a ela. Esse reconhecimento pode ser exemplificado pela situação a seguir: Vanessa reclamava de um grupo de trabalho do qual fazia parte, intitulado por ela como “grupo dos que não fazem nada”. Frente à longa demora dos integrantes para entrega do material, Vanessa optou por adiantar sua parte e ajudá-los com a definição de pontos importantes para o andamento do trabalho. No dia da entrega, descobriu que um dos integrantes não seguiu com o que fora acordado. Em vez de contrariar o grupo, momento durante o qual sentia que não conseguiria conter sua raiva, como já ocorrera em situações passadas, preferiu escrever um e-mail para o coordenador do curso solicitando a alteração da data de entrega para fazer sozinha o trabalho. Vanessa compreendeu, ao longo do acompanhamento comigo, que fazia parte do programa de inclusão da universidade, que concede algumas adaptações no curso para que alunos como ela possam realizar o programa dentro de suas capacidades e limitações. Pela primeira vez passou a fazer uso desse programa e o reconheceu como um lugar no qual pôde buscar cuidado e amparo.

Vanessa oscilava entre conseguir escrever um e-mail e pedir que sua mãe o fizesse, quando estava com muita dificuldade de lidar com uma situação. Esse mesmo movimento se repetia comigo, quando me solicitava uma sessão frente a impasses. Sinto que esperava que a ajudasse a se comunicar e a resolver uma situação de conflito que não estava conseguindo sozinha.

Apesar de ainda precisar de muita proximidade e cuidado, comecei a perceber que, aos poucos, estava sendo possível suportar um pouco mais a realidade. Vanessa precisava desenvolver um vídeo para uma disciplina da faculdade e, inicialmente, pensava em falar sobre o perfeccionismo, tema tão presente em nossas sessões. Após longos meses em que tentávamos pensar sobre o que ela imaginava ser o ideal a ser entregue em seus trabalhos e o que podia de fato entregar, Vanessa decidiu mudar o tema de seu vídeo. Escolheu, então, falar sobre a incorporação das imperfeições. Desejava filmar sua gata rolando na sujeira, momento durante o qual sentia uma profunda alegria. Começou, também, a me apresentar pinturas e obras suas em que pensava ter estragado pelas pinceladas não terem seguido uma linha tão reta. Percebeu que

os traços que não estavam tão retos não ficavam tão perceptíveis quando se olhava o conjunto da obra. Vanessa passou a sentir que as imperfeições faziam parte do todo e passou a divulgar seus trabalhos.

Sentia também que os silêncios já não eram abismos entre nós. Por vezes, nos víamos remotamente e notava um ruído de fundo que parecia nos embalar em sessão. O ruído era gerado pelo próprio notebook, mas tinha um ritmo. Podíamos estar tranquilas, em estado de repouso, sem que isso trouxesse uma angústia de aniquilação. O silêncio também era marcado por um pensar da paciente. As vezes questionava o que Vanessa estava pensando e ela sempre me respondia com reflexões e associações, o que antes era um vazio, um “não pensar”. Penso que, agora, Vanessa não caia para sempre, podendo estar só em minha presença.

4.1.3. O último sonho e a saída da analista

Em meio a esses movimentos, tiro novamente férias, durante as quais tenho um sonho: Vanessa estava em um leito de enfermaria, com uma expressão de muito sofrimento. Início um atendimento em seu leito, na presença de uma supervisora, que participava e observava toda a sessão. Em determinado momento, faço uma interpretação e sou corrigida pela supervisora, que me diz que a paciente não precisava de interpretações, mas sim de um gato. Proponho, então, que Vanessa adote um gato e ela reage com um sorriso no rosto, dizendo que conversará com sua mãe sobre a possibilidade. Lembro-me de, em seguida, caminhar com Vanessa pela rua em direção ao centro de adoção. Durante o caminho, Vanessa estava radiante, como nunca havia visto, seja em sonho ou em realidade.

Em um primeiro momento pensei que esse sonho revelava o desenvolvimento de um vínculo inédito (ZYGOURIS, 2002), em que pude estar bem, viva e desperta (WINNICOTT, 1962/2022) para Vanessa. Mas, ao revisitar o momento que vivia ao ter o sonho, bem como a experiência emocional do daquela experiência, pude perceber a real necessidade diante da qual estava sendo convocada a responder: a necessidade que eu resgatasse a qualidade do cuidado ofertado, no sentido de uma sensibilidade ainda muito primitiva. No

período, uma dúvida grande me ocorria: eu deixaria o ambulatório onde eu a atendia, embora me preocupasse com a continuidade do acompanhamento de Vanessa? Estava, então, diante de um impasse. Não estava contente com essa escolha, havia um conflito de desejos. Em meio ao impasse, mantinha-me mais intelectualizada do que espontânea em meu contato. Penso que talvez essa tenha sido a saída, inconsciente, encontrada para que eu pudesse deixar o caso, uma vez que demandas externas me levavam a precisar sair da instituição. Vanessa sentia e comunicava a perda da minha qualidade enquanto analista-ambiente. O gato, no sonho, lembrava-me de sua relação próxima e amorosa com sua gata, que deitava em seu colo quando Vanessa não estava bem. Era preciso, então, que ainda permanecesse em um relacionamento primitivo do tipo direto, sensível às necessidades dela. Muito próximo a esse sonho, Vanessa me revelou estar tomando as medicações erradas, reduzindo as dosagens por conta própria. Conta que sentia a necessidade de chorar e que não estava conseguindo. Nesse movimento de redução das medicações, penso que havia a aposta de melhorar a partir do contato com os afetos. Ao mesmo tempo, revelava a falta de disponibilidade e espaço em análise para um contato mais profundo com seu mundo interno.

Ao mesmo tempo em que Vanessa apresentava-se muito frágil e desintegrada, começava a trazer sonhos que me mostravam estar conseguindo ter alguma continência de seus estados afetivos internos e começando a elaborar seus medos e angústias mais primitivos. Parecia, naquele momento, não cair no abismo em meio aos silêncios, tendendo a existir, em vez de desintegrar-se. No primeiro sonho, estava em cima de um tobogã muito alto e prestes a descer. Estava com muito medo e titubeava. Conseguiu, então, pegar uma boia e decidiu descer. No início da descida continuava com medo, mas aos poucos pôde sentir prazer e se divertir. No segundo sonho, Vanessa estava diante de uma grande onda, que iria inundar a cidade. Lembra-se da sensação de ver a onda se formando e pensar como poderia se proteger. Recordar-se, então, que na sua infância entrava no mar e, nas ondas maiores, mergulhava para atravessá-las. No sonho, consegue analisar que teria que mergulhar muito fundo e, assim, conseguiria sobreviver. Relata que já havia tido esse mesmo sonho em outros momentos, mas que, pela primeira vez, viu-se mergulhando e

saindo do outro lado da onda. Penso que Vanessa pôde se proteger em ambos os sonhos e que, apesar do prenúncio de colapsos e muito medo diante disso, encontrava estratégias para enfrentá-los. Talvez tenha sido uma forma de me dizer que, por hora, estava sendo possível suportar mais a realidade e seus desafios, de maneira que eu pudesse ir embora sabendo que não se desintegraria, como ocorrera após a finalização com seu último terapeuta.

Próximo a esse sonho, anuncio a minha saída da instituição e, em decorrência disso, o encaminhamento para um novo terapeuta atrelado ao ambulatório. Sentia que Vanessa ainda se beneficiaria muito da instituição, tendo em vista a proposta de discussões em grupo a respeito do caso e da possibilidade de ser atendida por uma dupla terapêutica (terapeuta e psiquiatra) em um mesmo local, facilitando a comunicação. Diante da regra institucional de que todo paciente precisaria ser acompanhado por uma dupla de dentro da instituição, foi realizado o encaminhamento para um novo terapeuta, não existindo a possibilidade, nessas circunstâncias, de continuar acompanhando-a junto ao psiquiatra do ambulatório.

Na sessão em que anuncio a minha saída, Vanessa fala sobre a perda de sua gata, a qual era recente. Lembra de momentos em que a gata se deitava em sua barriga e em seu peito, em uma cena íntima de muito afeto. “Era muito companheira”, conta. Sabia que a perderia, mas não tão rápido. Novamente, aqui, penso que o que Vanessa precisava era de um gato e não de uma analista técnica. Pudemos, então, conversar sobre a minha saída e que Vanessa gostaria de ter tido mais tempo comigo (eu também, confesso, tinha o desejo de continuar atendendo-a). Havíamos desenvolvido uma sintonia fina e um contato íntimo a partir de muita confiança. Vanessa revelou ser difícil pensar em minha saída, mas que estaria preparada porque poderia se despedir de mim, diferente de seu último terapeuta.

Após um mês de nossa despedida, tenho um novo sonho, o que me preocupa inicialmente por temer meu excesso de envolvimento com o caso. Nesse sonho, breve, Vanessa me envia uma mensagem pedindo mais uma sessão. Não me recordo de retornar ao seu pedido, no sonho, apenas leio seu recado. Como se pudéssemos ainda nos comunicar de alguma forma, Vanessa de fato me procura, no dia seguinte, por mensagem, pedindo-me mais uma

sessão. Fico muito preocupada em atender o seu pedido, diante da minha questão sobre o excesso de implicação. No entanto, decido vê-la uma última vez para dar a oportunidade de escutar o que havia por trás do seu pedido. Pude compreender que havia a necessidade de Vanessa confirmar se eu ainda estava lá para ela. Sou, nesse caso, a analista que sobreviveu, diante da perda traumática do outro terapeuta. Seu pedido escondia por trás a pergunta “você morreu ou ainda está aí?”. E eu ainda estava lá, possibilitando que Vanessa vivesse o luto de uma separação, sem cair no abismo e na total perda de esperança de encontrar no mundo um ambiente no qual pode confiar. Creio que pude sobreviver a todo o imaginário de que tivesse feito a respeito de um corte abrupto e sobrevivi criativamente, como sugere Roussillon (2012/2019). Há aqui a necessidade de pontuar uma mudança significativa desde o início de nossos encontros: Vanessa sobreviveu à perda da analista. Ao contrário de muitos momentos ao longo da análise, ela não se desintegrou. Pudemos, então, nos separar e, a meu ver, se a separação foi possível, é porque existiu encontro.

5. WINNICOTT: A TEORIA DO AMADURECIMENTO E A PATOLOGIA BORDERLINE

5.1. Teoria do amadurecimento emocional

5.1.1. Necessidades

A principal defesa utilizada pelos pacientes psicóticos e borderline é o afastamento das angústias de aniquilamento mais devastadoras e as agonias impensáveis, erigindo a estruturação de defesas psicóticas baseadas na cisão e na dissociação. Para que isso não se instale, faz-se necessária a provisão ambiental para o desenvolvimento de um eu integrado e coeso. Esse desenvolvimento é estabelecido a partir de um longo processo de amadurecimento emocional, que Winnicott define como o caminho que vai do estágio de dependência absoluta podendo chegar, se tudo correr bem, ao estágio de independência relativa (DIAS, 2017). Mediante condições favoráveis do ambiente, esse caminho ocorre a partir dos cuidados ambientais e o contínuo processo de tendência inata à integração, atendendo, inicialmente, às constantes necessidades mais primitivas.

Tais necessidades são a princípio corporais, transformando-se com o tempo em necessidades do ego, quando começa a surgir uma psicologia a partir da elaboração imaginativa das experiências físicas. (WINNICOTT, 1956/2021, p.499)

As experiências físicas do bebê são acompanhadas da elaboração imaginativa que se desenvolve no psiquismo. Desse modo, o bebê, a partir da sensação corpórea de fome, por exemplo, começa a imaginá-la, bem como sua resolução. Nesse início de desenvolvimento, portanto, não se pode pensar em uma percepção corpórea, tendo em vista que ainda não estamos lidando com um eu-unitário e um si-mesmo constituído. No entanto, começam vestígios de uma tentativa de elaborar psiquicamente essas sensações, o que será imprescindível para o atendimento das necessidades.

Winnicott frisa a importância de se diferenciar a necessidade do desejo, abrindo caminhos para novos aspectos teóricos que não entraremos em detalhe neste trabalho. Essa separação deve ser compreendida como uma separação didática, tendo em vista que ambos os conceitos se influenciam mutuamente. É

importante frisar que o termo necessidade está ligado a algo mais primitivo e somático, a princípio, sem representação, que não alude a questões do psiquismo. Nesse sentido, cuidar do psiquismo do bebê é cuidar de suas necessidades corporais.

É correto falar dos desejos do paciente, por exemplo, o desejo de ficar quieto. Com o paciente regredido, porém, o termo desejo revela-se inadequado. Em seu lugar usamos a palavra necessidade. Se um paciente regredido precisa de silêncio, nada se poderá fazer se este não for conseguido. Quando a necessidade não é satisfeita a consequência não é a raiva, mas uma reprodução da situação original de falha que interrompeu o processo de crescimento do eu. (WINNICOTT, 1954/2021, p.476)

A partir disso, pode-se compreender que quando a necessidade não é atendida, o bebê não sente raiva de seu ambiente, pois ainda não é capaz de organizar uma reação de raiva. Na verdade, ele vivencia a interrupção da continuidade do ser do processo de integração psicossomático.

Nesse sentido, o atendimento das necessidades, por um ambiente sensível e identificado com o bebê, é necessário para impedir que ele sinta angústias psicóticas, descritas anteriormente (WINNICOTT, 1968/2020). Portanto, estamos diante de necessidades que não se reduzem às fisiológicas, mas sim necessidades que promovem a constituição subjetiva e a experiência de estar vivo. As angústias provenientes das falhas ambientais precoces dizem respeito às ameaças de existência e não apenas a não-satisfação das tensões pulsionais ou, à frustração diante de um desejo.

Estamos, então, lidando aqui com exigências psíquicas não libidinais que precisam ser atendidas, mediante ser olhado, tocado e escutado. Winnicott aborda, assim, o conceito de exigências psíquicas, considerando que “ninguém pode segurar um bebê a menos que seja capaz de se identificar com ele” (WINNICOTT, 1963/2022, p.82).

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, 1962a/2022, p. 87).

A experiência de atendimento às necessidades do bebê por uma mãe sensível e adaptada a elas contribui para a não interrupção da continuidade do ser. As experiências de continuidade providas pelo ambiente promovem o fortalecimento do ego e o bebê pode cada vez mais reconhecer os impulsos instintuais como os aspectos do eu e não do ambiente. É importante ressaltar que a necessidade de continuidade a ser não se restringe à redução das tensões, mas à prevalência de experiências satisfatórias nos estados tranquilos, promovendo futuramente a comunicação entre mãe e bebê. A mãe que atende de um modo invasivo, por exemplo, antecipando-se ao gesto espontâneo do bebê, não permite uma experiência de ilusão de onipotência e de criatividade original, bases para a construção e continuidade do ser que serão explicadas mais adiante.

O bebê necessita de uma mãe que compreenda que amamentar, seja no seio ou na mamadeira, consiste na oferta de um contato íntimo com seu corpo, de maneira que possa explorá-lo enquanto se alimenta. O contato íntimo é fornecido a partir da oferta de *holding*, *handling* e apresentação de objetos, bem como a partir de uma sintonia muito especial da mãe com seu bebê (preocupação materna primária) e do atendimento das necessidades do bebê. Segundo Winnicott (1962b/2022, p.72),

No estágio que está sendo discutido é necessário não pensar no bebê como uma pessoa que sente fome, e cujos impulsos instintivos podem ser satisfeitos ou frustrados, e sim como um ser imaturo que está continuamente a pique de sofrer uma ansiedade inimaginável. Esta ansiedade inimaginável é evitada por esta função vitalmente importante da mãe neste estágio, sua capacidade de se pôr no lugar do bebê e saber o que ele necessita no cuidado geral de seu corpo e, por consequência, de sua pessoa. O amor, neste estágio, pode apenas ser demonstrado em termos de cuidados corporais, tal como no último estágio antes do nascimento a termo.

Diante disso, penso que Vanessa não teve suas necessidades de contato íntimo atendidas. Um corpo que não fora olhado nem tocado. A partir das vivências com a mãe relatadas em sessão, posso supor que seu ambiente ora se antecipava ao seu gesto espontâneo, ora se ausentava, deixando de se apresentar quando Vanessa o procurava. Isso se deve ao fato de que Vanessa viveu longos períodos com sua mãe deprimida, ficando sem amparo. Lembrava em sessão dos momentos em que a mãe permanecia, afastada, no quarto por

dias seguidos. Ao mesmo tempo, nos períodos em que a mãe despertava desse estado, reagia de maneira agressiva e muito reativa aos estados emocionais de Vanessa. Além disso, antecipava-se aos gestos espontâneos dela, impedindo seu desenvolvimento psíquico e sua autonomia. Um dos acontecimentos mais significativos fora um discurso com palavras expulsivas que sua mãe proferiu a um rapaz com quem Vanessa estava saindo, porque a via sofrer. Sua mãe, preocupada, antecipou-se em seu cuidado, atendendo a uma urgência e necessidade própria. Nesse sentido, sua mãe cuidava a partir de seu próprio referencial e não de Vanessa.

Ela relatou, na época, ter sentido que sua mãe “falou por ela”, comportamento que se repetia em diferentes cenários. Nesse sentido, sua mãe não esperou Vanessa estar pronta para expressar-se espontaneamente em diferentes momentos de sua vida, o que me leva a supor que nos primeiros meses de vida também se antecipou aos seus gestos. Frente a essas falhas ambientais, via-me impelida em meu papel como analista, apenas em um primeiro momento do acompanhamento, a atender às necessidades de contato íntimo que surgiam em nosso encontro. A partir de sua fragilidade, buscava manter uma presença viva, interessada e atenta a todos os seus movimentos. Compreendia, no início, a sua necessidade de silêncio, sem interpretações que seriam sentidas como intrusões do ambiente. Ofereci, então, um silêncio que pudesse sustentá-la, a partir de um olhar de amparo e de uma “presença reservada” (FIGUEIREDO, 2003/2018, p.116). A partir disso, pudemos construir uma experiência de confiabilidade e mutualidade, de maneira que Vanessa passou, aos poucos, a me procurar fora de sessão, quando necessitava de sustentação para seus afetos mais devastadores. Esse movimento não acontecia de início, assim como com terapeutas anteriores. Penso o quão importante fora Vanessa buscar um ambiente contínuo de amparo e, de forma espontânea, poder encontrá-lo.

5.1.2. Preocupação materna primária

Para que as necessidades do bebê sejam atendidas, é necessária a presença de um ambiente suficientemente bom, ou seja, um ambiente capaz de

satisfazer as necessidades, reduzir as imprevisibilidades e dar suporte a cada etapa do amadurecimento psicossomático. Esse ambiente é representado pela mãe e “o mais importante aqui é a qualidade do contato humano, a realidade das experiências que estão sendo providas ao bebê por meio do ato de amamentação: o encontro de algo que o bebê não sabe ser um objeto e o início de uma comunicação muito peculiar com a mãe.” (DIAS, 2017/2021, p.143).

Nas primeiras semanas de vida do bebê, a mãe mergulha em um estado psicológico denominado “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1956/2021, p.493). Esse estado é marcado por uma grande sensibilidade, tendo início durante a gravidez e término após algumas semanas do nascimento. Nesse sentido, é importante que a mãe possa regredir a um estado muito primitivo, de maneira a identificar-se com seu bebê e a adaptar-se sensivelmente às necessidades dele. Para tanto, ocorre um afastamento de outros interesses temporariamente. No entanto, é importante que, posteriormente, a mãe possa se recuperar desse estado e voltar seu olhar novamente para o mundo.

Winnicott (1956/2021) sugere que o bebê apresenta tendências inatas ao desenvolvimento. Frente a isso, o estado de preocupação materna primária abre espaço para que a constituição do eu ocorra a partir de movimentos espontâneos. Uma boa adaptação da mãe faz com que a criança seja preservada de invasões intrusivas. No início da vida, o bebê é invadido por sensações corpóreas intensas (estados excitados) e, frente às falhas maternas, essas sensações ficam sem uma resolução, temporariamente. É importante ressaltar que essa invasão pode ocorrer tanto pela instintualidade (dentro para fora), como também pela mãe que oferece o mundo e a realidade de forma intrusiva (de fora para dentro). Então, diante dessa falta de resolução, as reações interrompem o continuar a ser do bebê, que vivencia uma ameaça de aniquilação. Inevitavelmente, a mãe apresentará falhas em seu cuidado, mas uma quantidade suficiente de continuar a ser permite a promoção da integração do *self*. A boa adaptação da mãe que atinge o estado de preocupação materna primária também se revela na oferta de um período de repouso, por parte do bebê, ou seja, na vivência de um estado não-integrado na presença da mãe. É importante ressaltar que o gesto espontâneo partirá, sempre, desse estado não-integrado, o que denota a sua importância.

É importante destacar que, nessa primeira etapa do desenvolvimento emocional, a mãe não é uma pessoa para o bebê. Segundo Winnicott, as falhas na função materna são sofridas como ameaças à existência pessoal e não como falhas da mãe. Casos essas falhas não constituam um padrão de funcionamento, o bebê pode viver de forma espontânea e percorrer o caminho rumo a integração do eu. Apesar de serem vivências intensas para o bebê, é frente ao fato de que as ameaças de aniquilação não se concretizam que o eu começa a se organizar e o ambiente pode ser sentido como confiável.

(...) a provisão de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva permite que o bebê comece a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes da vida. (WINNICOTT, 1956/2021, p.500)

A partir dessas experiências no contexto de um ambiente suficientemente bom, o bebê passa a desenvolver um *self*. O *self* trará o sentimento de realidade, de maneira que tudo possa ser sentido como real pelo bebê. Para tanto, uma certa quantidade de experiências tranquilas, repletas de espontaneidade e com retornos de estados de excitação para estados tranquilos, faz-se necessária.

Frente à precariedade do eu de Vanessa, suponho que durante seus primeiros meses de vida muitas ameaças de aniquilação se repetiram, ao contrário do esperado para que a organização do ego aconteça. Vanessa não pôde se recuperar das falhas ambientais, de maneira a experienciar sensações corpóreas muito intensas, e sem uma resolução satisfatória. Portanto, seu ambiente não conseguiu oferecer, durante o estágio de dependência absoluta, uma quantidade suficientemente boa de atendimento dos estados excitados em um fundo de repouso, impedindo-a de ter um sentimento mais seguro de existir.

5.1.3. Agonias Impensáveis

Winnicott propõe que o bebê necessita, em estágio de dependência absoluta, ser atendido por um ambiente sensível e adaptado ativamente, e que o atenda a partir do *holding*, *handling* e apresentação dos objetos (funções que caracterizam a preocupação materna primária, que será detalhada adiante). Esse ambiente deverá ser capaz de atender seu gesto espontâneo nos estados

excitados e de permitir que vivencie estados de repouso com a confiança de que a mãe continua ali. A alternância entre os estados tranquilos e estados excitados, que serão detalhados mais adiante, ainda nesse capítulo, leva a uma maior integração do ego e permite a experiência de continuar a ser. As falhas ambientais, nesse processo, levam à ruptura dessa experiência, o que é vivido pelo bebê como agonias impensáveis, caracterizadas por seu primitivismo e por serem não representacionais.

O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da 'ansiedade impensável' ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego. (WINNICOTT, 1967/2019, p.111)

Winnicott (1963/1994) lista as seguintes agonias que podem ser despertadas no momento das falhas: queda para sempre, perda do conluio psicossomático ou fracasso da personalização, perda do senso do real, e perda da capacidade de se relacionar com objetos. A vivência dessas agonias gera a ameaça de aniquilação do ser e, com isso, desenvolvem-se defesas como tentativa de impedir a morte psíquica.

As agonias impensáveis são, assim, angústias psicóticas que dizem respeito ao ser: a ameaça não é, como na angústia da castração, a perda da onipotência narcísica, mas o aniquilamento do ser, já que o bebê interrompe seu vir-a-ser quando reage. (LEJARRAGA, 2008, p.130)

No capítulo anterior, foram detalhadas a experiência emocional vivida nos encontros com Vanessa. No âmbito da transferência com a paciente, lembro-me de ter vivido, no próprio corpo, sensações extremamente desconfortáveis em um primeiro momento dos atendimentos, com um calor que invadia a sala e o ar que sentia parado. A vida estava suspensa e a sensação era de que não conseguia nomear ou representar o que estava sentindo. Penso que Vanessa estava em um estado de desintegração provocado, não apenas pelas falhas ambientais de seu objeto primário, mas pela recente perda de seu terapeuta, o que também constituiu uma grande falha em seu cuidado e amparo. Vanessa devia estar vivendo uma ameaça intensa de aniquilamento de seu ser, diante da perda abrupta do ambiente que a sustentava. Estar diante desse estado tão desintegrado me leva a supor que viveu falhas profundas de seu ambiente

durante seus primeiros meses de vida, momento durante o qual deve ter sofrido rupturas constantes e prolongadas em sua continuidade de ser. É provável que seu ambiente não tenha sido capaz de oferecer o *holding* necessário para o pleno desenvolvimento psíquico, produzindo em Vanessa intensas agonias impensáveis, agora vivenciadas em análise.

A vivência de agonias impensáveis no início da vida pode levar, posteriormente, ao medo do colapso. Clinicamente, Winnicott evidencia esse medo em pacientes que não puderam experienciar o colapso, dado ao fato de que o momento da ruptura e da vivência das agonias impensáveis foi vivido por um eu ainda não unitário, de maneira que essa experiência não pôde ser integrada. Diante disso, o paciente procura a integração dessa vivência ainda sem representação, experienciando as agonias na transferência, ou seja, a partir das falhas do analista. Essa foi a percepção que Winnicott teve de que esse era o trabalho com os pacientes borderline: sustentar o lugar da falha do analista e reviver a falha agora podendo ser percebida no ambiente. Esse trabalho em análise será detalhado no capítulo seguinte.

5.2. Estágio da dependência absoluta

Winnicott descreve o estágio da dependência absoluta como o período mais primitivo do processo de amadurecimento emocional. Sendo assim, o estágio contempla o período em que o bebê se encontra em total dependência da mãe. A principal necessidade dele, nesse processo inicial, é a de manter a continuidade do ser, diante das possíveis intrusões do ambiente (DIAS, 2017).

Caso o nascimento aconteça no período previsto e a mãe consiga oferecer, a partir dos seus cuidados, um ambiente de volta à continuidade do ser, o bebê pode sentir que “foi o seu próprio impulso que produziu as mudanças e a progressão física, em geral começando pela cabeça, em direção a uma nova e desconhecida posição” (WINNICOTT, 1988/1990, p.166). É importante frisar que, para a volta da continuidade do ser, a mãe deve ser capaz de oferecer as mesmas condições com as quais o bebê estava habituado a viver antes de seu nascimento, como sentir sua respiração, os ruídos de seu corpo, as mudanças rítmicas, dentre outras funções fisiológicas da mãe (DIAS, 2017). Portanto, o

holding, o *handling* e a apresentação de objetos, somado às experiências fisiológicas da mãe, promovem a continuidade de ser. Aqui temos uma dentre diversas variáveis que favorecem o desenvolvimento posterior da confiança e da estabilidade. Outras variáveis fundamentais desse primeiro estágio do amadurecimento psicossomático são as primeiras mamadas teóricas e as tarefas fundamentais decorrentes dela (temporalização e espacialização, personalização e realização).

5.2.1. A Primeira mamada teórica

Segundo Winnicott, a primeira mamada teórica corresponde ao conjunto das primeiras experiências de amamentação no início da vida do bebê. É importante ressaltar que o ato de amamentar não se resume apenas à satisfação do instinto, ou seja, da fome, tampouco apenas ao desenvolvimento das zonas erógenas. Winnicott privilegia esse processo como fundamental para o desenvolvimento da experiência de verdadeiro *self*, de criatividade original e de ilusão de onipotência, a partir da presença real da mãe, um paradoxo winnicottiano.

Estamos mais interessados na provisão ambiental que torna todo o resto possível: isto é, estamos mais preocupados, aqui e agora, com a mãe segurando o bebê nos braços do que com a mãe alimentando o bebê. (WINNICOTT, 1955/2005, p.215)

Nesse processo, o bebê se vê diante de três tarefas que se complementam e são essenciais para a conquista do amadurecimento e caminhada para os estágios seguintes. A primeira tarefa corresponde à temporalização e à espacialização. Já a segunda, contempla a Personalização, durante a qual o bebê começa a construir uma noção de *self*, de maneira a alojar a psique no corpo. Por fim, a terceira tarefa se dá na Realização, durante a qual iniciam-se as primeiras relações objetais para posterior reconhecimento da realidade externa, ou seja, o conjunto do processo de integração.

Ao mesmo tempo em que o bebê passa a sentir seu corpo, sustentado pelos braços da mãe, como lugar onde reside, ele começa a ter a percepção de espaço. Nesse sentido, consegue sentir e dar concretude à distância e à proximidade, bem como à ausência e à presença. Concomitantemente às três

tarefas fundamentais, inicia-se a constituição do si-mesmo como identidade (DIAS, 2017).

Todas as tarefas decorrem da oferta de cuidados maternos, como o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos. O segurar e sustentar o bebê contribui para a construção da noção de espaço e tempo. Já o *handling*, que especifica o toque da mãe, bem como todas as variáveis físicas do segurar, leva ao alojamento da psique no corpo. Por fim, a apresentação de objetos contribui para o primeiro contato com o mundo externo. Portanto, a primeira mamada teórica constitui um conjunto de cuidados maternos que vão além da alimentação. Por meio desse conjunto, o bebê começará a construir seu primeiro mundo subjetivo, pautado na experiência de previsibilidade e de confiabilidade.

5.2.2. Criatividade Originária

Winnicott introduz a ideia de que existe algo próprio do bebê que não é constituído apenas por mecanismos de projeção e introjeção. O bebê nasce com uma tendência inata ao desenvolvimento e com a capacidade de criar. Para tanto, faz-se necessária uma provisão ambiental suficientemente boa, que promove confiabilidade, de maneira que ele possa experimentar movimentos espontâneos e, conseqüentemente, começar a criar o mundo (DIAS, 2017).

A criatividade originária pode ser definida como a ilusão do bebê de criar o objeto encontrado. Ou seja, frente a uma tensão instintual, ele apresenta um gesto espontâneo com a expectativa de encontrar algo e a mãe apresenta o seio. A maneira como a mãe se adapta a esse gesto espontâneo permite que o bebê tenha a ilusão de criar o mundo de que necessita. A partir da previsibilidade, desenvolve-se a confiabilidade e, conseqüentemente, o sentimento de esperança de que é possível encontrar o que é necessitado e desejado no mundo.

A qualidade dos cuidados oferecidos pela mãe é imprescindível para que o mundo seja apresentado em pequenas doses ao bebê, de maneira que ele não seja surpreendido ou sobrecarregado com tentativas de compreender o ambiente e suas mudanças. Uma mãe ativamente adaptada permitirá que o bebê

vivencie estados excitados com a confiança de que o objeto estará lá para ser encontrado, e estados tranquilos sem a imposição de necessidades externas. Nesse sentido, a criatividade primária poderá ser experimentada sem a quebra na continuidade do ser (DIAS, 2017).

Considerando a desesperança frente ao futuro e à vida vivenciada e relatada por Vanessa, foi possível supor que ocorreram falhas na etapa da criatividade primária, de maneira que ela não pôde ter a ilusão de criar o mundo de que necessitava. Seu ambiente, portanto, não se adaptou suficientemente bem ao seu gesto espontâneo, que estava à procura de algo, impedindo o desenvolvimento da esperança e mais ainda o da confiança. Frente a isso, as falas de Vanessa eram permeadas por um sentimento de futilidade, de modo que não conseguia desenvolver planos para o futuro. Ao longo de seu acompanhamento comigo, foi possível dar sustentação e atender as suas necessidades, de maneira a criar um ambiente de confiança em que pudesse ter pequenas experiências de ilusão de onipotência. A partir disso, Vanessa pôde começar a ter esperança de algo bom no futuro, investindo em sua iniciação científica, desejando trabalhar para sair da casa de sua mãe e projetando um futuro.

5.2.3. Estados Excitados e Tranquilos

Nas primeiras etapas do desenvolvimento emocional, o bebê alterna estados de excitação e de tranquilidade, dependendo de um ambiente suficientemente bom para vivenciá-los de forma a conquistar as tarefas fundamentais. Os estados excitados estão intimamente ligados ao desenvolvimento do contato com a realidade, a partir dos impulsos instintivos e do encontro com o objeto, enquanto os estados tranquilos se relacionam com as tarefas fundamentais de integração no espaço e no tempo, bem como o alojamento da psique no corpo.

A partir dos estados tranquilos, surgem necessidades orgânicas (impulso instintual), que desencadeiam um impulso motor. Esse impulso é caracterizado por uma expectativa de “encontrar algo em algum lugar” (WINNICOTT, 1988/1990, p.120). É importante destacar a origem dos impulsos que geram o

estado de excitação do bebê: a instintualidade e a motilidade. Essas serão as raízes da agressividade para Winnicott, mas isso não será trabalhado nesta pesquisa.

Com relação aos instintos, pode-se defini-los como impulsos biológicos que aparecem e desaparecem e que requerem ação (WINNICOTT, 1988/1990). A excitação proveniente desses impulsos gera uma expectativa de satisfação, levando ao impulso motor, ou seja, ao impulso de agir. Esse processo não se resume apenas às funções corpóreas e ao atendimento das necessidades delas, mas também a um corpo que está sendo imaginativamente elaborado. Nesse sentido, como mencionado anteriormente, enquanto o bebê tem as experiências físicas, ele poderá imaginar a fome e a resolução desse problema. Há, portanto, um movimento psíquico que acompanha a oscilação das experiências físicas, com ideias e sentimentos que o indivíduo construirá desse corpo. O bebê sente um mal-estar, mas não sabe de onde vem. A partir das experiências, começará, assim, a ter um sentimento e uma ideia sobre o desconforto localizado no próprio corpo.

O impulso instintual exige uma ação, sem alvo ou objeto certo. Há apenas uma necessidade que o bebê sente frente à excitação e, desse modo, um gesto surge. A partir disso, a mãe, adaptada ao bebê, atende prontamente ao gesto, permitindo a continuidade de ser. Caso não seja oferecido um ambiente total com experiências totais, ou seja, a apresentação do objeto junto à comunicação íntima e mútua, as excitações instintuais passam a ser sentidas como intrusões.

Aos poucos, o ego passa a se fortalecer e a estar mais integrado e coeso, de maneira que o bebê possa começar a reconhecer os impulsos instintuais como provenientes de si mesmo e não do ambiente. A constante satisfação dos instintos promove o desenvolvimento da capacidade de sentir prazer. Quando uma mãe está bem adaptada às necessidades do bebê, ela poderá proporcionar a experiência de dar segurança, de ver, de comunicar, de criar o objeto e de poder exercitar a motilidade. Nesse sentido, a plena satisfação da tensão instintual nos estados excitados requer uma boa vivência nos estados tranquilos, promovendo a comunicação e a mutualidade nesse processo.

A pura satisfação instintual, desconectada da experiência global citada, pode ser vivenciada como um trauma. O ato de amamentar nunca será apenas a redução da tensão instintual, mas uma experiência de continuar a ser, como uma necessidade. Essa experiência inclui poder oferecer ao bebê um ambiente em que ele possa exercer sua criatividade originária, ou seja, de poder buscar e criar ilusoriamente o objeto, encontrando a si-mesmo.

Já com relação à motilidade, pode-se compreender como movimentos dos músculos e tecidos, a partir dos quais o bebê se encontra com alguma coisa, podendo descobrir o ambiente. É importante que o ambiente ofereça oposição, contra a qual poderá fazer força. A partir disso, o bebê poderá sentir como real seu impulso, vivenciando as raízes da agressividade do seu ato. A agressividade faz parte do apetite, estando presente no ato de comer e devorar, processo que será integrado no estágio do concernimento. Nesse sentido, frente a uma necessidade, surge uma urgência que requer alívio imediato. Durante a satisfação dessa necessidade, a motilidade aparece como uma atividade da gengiva, por exemplo, que pode machucar o seio. Essa atividade não é dotada de intencionalidade ou significado, é apenas parte da manifestação da vivacidade do bebê (DIAS, 2017). Aqui o bebê se encontra em estado de *ruthless*.

A agressividade e a destrutividade não devem ser confundidas com uma reação frente a uma frustração pela não satisfação das necessidades. Ambas fazem parte do impulso amoroso primário que, segundo Winnicott, “tem um aspecto destrutivo, embora não haja na criança a intenção de destruir, visto que esse impulso pertence a uma etapa anterior ao estabelecimento da compaixão”. (WINNICOTT, 1950-55/2020, p.381), ou seja, a etapa do concernimento. Podem-se compreender, portanto, as raízes da agressividade como uma etapa, mais primitiva, em que a destrutividade é uma circunstância acidental e ainda sem significado pessoal. O modo como a mãe recebe a agressividade, ou seja, o gesto espontâneo do bebê, permitirá que ela seja integrada aos poucos como parte do eu.

5.3. Estágio da dependência relativa

5.3.1. Processo de desilusão

Após um longo período de preocupação materna primária e ativa adaptação às necessidades do bebê, a mãe retorna a sua atenção para outros fatores além do bebê. Pequenos passos são dados: tomar um banho mais longo, comer pausadamente, retomar às atividades profissionais aos poucos, entre outras tarefas que começam ser de interesse da mãe. Conseqüentemente, o ambiente não estará mais tão adaptado às necessidades como antes, de maneira que pequenas falhas ocorram, sempre respeitando o ritmo do bebê. É importante frisar que o papel do pai também percorre esse processo de amadurecimento do bebê e é tão fundamental quanto o papel da mãe suficientemente boa, mas não aprofundarei esse tema aqui.

As falhas nesse estágio não são sentidas como intrusões, dado que ocorrem na medida da maturidade do bebê. A partir disso, o conjunto mãe-bebê vai caminhando para a unidade individual “Eu Sou” do bebê, ou seja, para a diferenciação eu/não-eu. Dias afirma que “a desilusão, com as aquisições que lhe são próprias, só pode acontecer sobre uma bem fundada capacidade para a ilusão”. (DIAS, 2017, p.202). É preciso, portanto, que tenha sido possível para o bebê viver a experiência de criação do seio e ilusão de onipotência a partir do gesto espontâneo e do cuidado suficientemente bom. Assim, a capacidade para a ilusão, uma vez desenvolvida, mantém-se ao longo da vida, permitindo a todos exercer a criatividade. Junto a isso, a ilusão de onipotência é quebrada e o bebê pode suportar a sensação de que não é tudo e que não cria efetivamente o mundo, apesar de que o sentimento dele de poder continuar criando permanece.

Na inteireza desse processo, tanto do estágio de dependência absoluta quanto de dependência relativa, a mãe se apresenta inteira ao bebê, seja com seus aspectos de amor, seja com seus aspectos de ódio, o que mais tarde possibilitará ao bebê o encontro com a ambivalência e a integração de objetos bons e maus. Nesse momento, no entanto, há uma gradual desadaptação, marcada por pequenos movimentos. Esses movimentos são sinalizados pelo desmame e por ausências maiores, permitindo que o bebê passe a tolerar e a prever o ambiente e suas falhas, utilizando como recurso seus aspectos mentais

e os objetos e fenômenos transicionais. Segundo Dias, “a partir desse momento, o bebê começa a usar o seu intelecto para saber que os ruídos na cozinha indicam que a comida está prestes a aparecer”. (DIAS, 2017, p.204)

É importante frisar que a desadaptação deve ocorrer de forma gradual, de maneira que o bebê passe a se ligar com o pai, posteriormente com a família estendida (tios, primos, avós) e, somente depois, com os laços sociais. Dessa forma, a separação é feita considerando sempre a possibilidade de se ligar a “algo que simbolize o colo que deixou” (WINNICOTT, 1960/2005, p.132). Além disso, é importante que o bebê possa regredir a necessidades mais primitivas se assim necessitar. A possibilidade de retorno é uma das marcas da confiabilidade no ambiente.

Pode-se compreender que, ao longo do acompanhamento de Vanessa, pude vivenciar a passagem do estágio de dependência absoluta, em que estava muito identificada com as necessidades dela, para um período de desilusão. Os primeiros momentos com Vanessa foram marcados por uma preocupação profunda de que algo poderia acontecer com ela, dado o tamanho de sua desintegração. Durante minhas ausências, como no período de férias, eu a levava dentro de mim, pensando como estaria lidando com suas emoções. No início, não me autorizava a me distanciar por um período muito longo, pois sentia que ela ainda estava muito fragilizada e que, até aquele momento, não tinha tido experiências suficientes de estados excitados em um fundo tranquilo na minha presença, para que pudesse estar sozinha, sendo continente de suas próprias emoções. À medida que sua integração se tornava mais evidente, pude me distanciar e não estar mais tão identificada e disponível como antes. As minhas ausências tornaram-se maiores, já não eram mais marcadas pela presença de Vanessa em pensamento e não me sentia mais tão sensível às necessidades dela como no primeiro momento. Penso que as minhas ausências, nesse segundo momento, não foram sentidas como intrusões, dado que ocorreram na medida da maturidade de Vanessa. Os silêncios já não eram mais marcados por um abismo, podíamos estar tranquilas, em estado de repouso, sem que isso trouxesse uma angústia de aniquilação. Ao mesmo tempo, sentia que Vanessa retornava à dependência absoluta em momentos específicos ao longo do acompanhamento, em geral, quando se sentia sobrecarregada pelas exigências

internas e de seu ambiente. Como dito anteriormente, a possibilidade de retorno contribuía para a relação de confiança na análise. Ao final da análise, no entanto, Vanessa comunicava que a minha ausência estava maior do que poderia sustentar e me convocava a estar sensível em meu contato novamente.

5.3.2. Fenômenos da transicionalidade

O uso de objetos e de fenômenos transicionais (1951/2019) ganha espaço na dependência relativa. A partir da construção de um objeto interno bom, na confiável relação com a mãe e diante do afastamento dessa mãe, o bebê passa a usar o recurso dos objetos e fenômenos transicionais. Com isso, ele poderá começar a se diferenciar da unidade mãe-bebê frente a desadaptação gradual da mãe às suas necessidades. Essas falhas maternas, cada vez mais recorrentes e necessárias, não são sentidas como ameaças, tendo em vista que o bebê já desenvolveu uma efetiva capacidade para a ilusão. Essa capacidade é construída à medida que ele pode criar subjetivamente o seio da mãe, compreendendo, portanto, como uma criação sua. Essa ilusão é sustentada pela mãe quando ela atende prontamente as necessidades do bebê. Nesse sentido, ele vivencia sentimentos de esperança e confiança de que algo bom pode surgir, mesmo diante as discontinuidades.

Adquirindo essa base de confiabilidade, o bebê passa a eleger um objeto que permanecerá na área intermediária entre o subjetivo e o objetivamente percebido. Esse objeto deve ser mantido pelos pais, ou seja, não retirado de forma abrupta ou então lavado, de maneira a garantir uma continuidade na experiência do bebê e a manter seu significado e valor. Ele pode ser definido como um objeto macio que, em geral, é utilizado de forma mais intensa na hora de dormir ou em momentos de solidão e angústia. É importante destacar que existe um tempo em que é possível sustentar a ausência da mãe, recorrendo aos objetos transicionais. Nesse sentido, a mãe real precisa reaparecer para que essa experiência não se perca e para que a criança não caia em agonia impensável.

Esse objeto transicional é uma possessão do não-eu, representando tanto o próprio corpo do bebê como um objeto externo a ele, ou seja, é um fenômeno

paradoxal. Nesse sentido, é e não é o corpo dele; é e não é o corpo da mãe. Essa é a base para o início da simbolização, em que se torna possível nomear algo que não está lá. Nessa etapa, o bebê se apropria de algo para recriar a relação com a mãe, que se ausenta com mais frequência frente a sua desadaptação. À medida que o processo de amadurecimento ocorre, a criança poderá desinvestir seu objeto, que será esquecido e não exercerá mais sua função. Posteriormente, mantêm-se os fenômenos transicionais, por meio dos quais o indivíduo é inserido na cultura.

5.3.3. Estágio do uso do objeto

O estágio do uso do objeto requer que o ambiente tenha possibilitado ao bebê viver primeiramente a experiência de ser o objeto, durante o estágio de dependência absoluta e, posteriormente, de possuir o objeto, a partir dos objetos transicionais. A partir disso, caminha-se em direção ao desenvolvimento de uma realidade externa e compartilhada.

Durante o estágio de transicionalidade, o bebê já se relaciona com os objetos, mas como objetos subjetivos e a partir da ilusão de onipotência, que será quebrada aos poucos. O estágio do uso do objeto muda a natureza e qualidade dele: são objetos reais, a “coisa em si mesma” (DIAS, 2017, p.219). Nesse sentido, o objeto passa a ser percebido como algo externo e fora de seu controle onipotente.

Desse modo, para que o objeto adquira externalidade, é preciso que ele seja destruído no plano subjetivo. Nesse processo, o bebê direciona sua destrutividade em direção ao ambiente, começando a “chutar a mãe ou a morder efetivamente o seio; ou esmera-se em desgastá-lo; ou ainda a recusá-lo, observando a reação da mãe; ou, simplesmente, deixando de necessitar dele” (DIAS, 2017, p.220). É importante que frente ao impulso de destruir, o objeto sobreviva, ou seja, não retalie e continue qualitativamente o mesmo. O bebê necessita experimentar sua destrutividade primordial para garantir a externalidade dos objetos e, assim, adquirir um novo sentido de realidade, mas isso só será possível se sentir-se seguro de que o objeto continuará lá e vivo.

Uma vez experimentada a destrutividade com a sobrevivência do objeto, o bebê poderá continuar destruindo os objetos na fantasia inconsciente e, assim, passar a colocá-los fora de seu mundo subjetivo. Dessa forma, o bebê poderá relacionar-se com o objeto real, usando-o, amando-o e odiando-o.

É na realidade psíquica interna pessoal que a coisa é destruída. Na vida desperta, a sobrevivência do objeto traz um senso de alívio e um novo senso de confiança (...). O mundo começa a existir, agora, por si próprio; torna-se um lugar onde viver; não um lugar para temer ou ao qual devamos nos submeter, ou no qual ficamos perdidos. (WINNICOTT, 1970/1989, p.208).

Apesar de Vanessa, cada vez mais, fazer uso da análise, ainda não identificava que se relacionava por completo com o objeto real, pois seu sentido de realidade era marcado pela sua relação com objetos subjetivos e pela sua onipotência. Vanessa relatava, por vezes, querer se relacionar apenas “com os seus iguais” e isso perdurou por todo o acompanhamento. Seria necessário, portanto, que os encontros tivessem uma continuidade maior do que fora possível, para que Vanessa pudesse percorrer todos os estágios em direção à independência relativa. Penso, também, que durante seu acompanhamento com o terapeuta anterior, Vanessa começou a ter uma relação mais de dependência. No entanto, ao receber a notícia de sua morte, é invadida por agonias impensáveis, uma vez que a experiência de ilusão de onipotência é quebrada abruptamente. Nesse processo, o objeto subjetivo e o objeto real não sobrevivem.

5.4 Falhas ambientais e a Constituição do eu

Começo este tópico partindo do conceito de indivíduo saudável proposto por Winnicott:

[...] normalidade aqui está intimamente ligada à capacidade do indivíduo de viver em uma área que é intermediária entre o sonho e a realidade, aquela que é chamada de vida cultural (WINNICOTT, 1960/1983 p.137).

O conceito acima propõe que o bebê deve amadurecer, podendo viver a partir dos fenômenos transicionais, como a cultura, de maneira a entrar no campo do simbólico e da palavra. Para que o bebê possa desenvolver-se de

maneira saudável, ou seja, com um grau de coesão do ego satisfatório e com uma boa capacidade de simbolização, é importante que o ambiente seja suficientemente bom. Isso significa que a mãe deve ser capaz, durante o estágio de dependência absoluta, de exercer duas funções: receber e satisfazer os impulsos instintuais nos estados excitados (mãe-objeto) e oferecer sustentação a partir de um contato íntimo nos estados tranquilos (mãe-ambiente).

Durante os estados excitados, o bebê é movido por um impulso fisiológico que o movimenta em direção a algo. A mãe, assim, apresenta o seio, de maneira a permitir a experiência de ilusão de onipotência. O bebê vivencia o encontro com o objeto a partir de seu gesto espontâneo como criação sua e, a partir disso, começa a constituir um si-mesmo primário.

Como mencionado anteriormente, uma mãe adaptada permitirá que o bebê vivencie estados excitados com a confiança de que o objeto estará lá para ser encontrado, e estados tranquilos sem a imposição de necessidades externas. Nesse sentido, a criatividade primária poderá ser experimentada sem a quebra na continuidade do ser e o verdadeiro *self* será fortalecido.

Uma mãe não suficientemente boa substitui o gesto espontâneo do bebê pelo seu próprio gesto, impedindo a vivência da ilusão de onipotência. O bebê sente os gestos da mãe como intrusões, de maneira a reagir ao ambiente para se proteger. Desenvolve-se, dessa forma, um falso *self* que permanecerá submisso ao meio, como forma de proteger o verdadeiro *self* (WINNICOTT, 1960/1983).

A reatividade, em contraponto à espontaneidade, leva à quebra de continuidade de ser, de maneira que o bebê não sente como reais as primeiras experiências vividas no ambiente. Segundo DIAS (2017, p.138), “enquanto está reagindo, um bebê não está ‘sendo’”. A consequência disso será o retraimento do mundo, em vez da busca por novas experiências. Esse é o caso de Lóri, atendida por Fátima Flório (2019) e tema da dissertação de Borges(2023). A paciente chega ao consultório de Fátima após uma traição do marido e consequente rompimento do casal. Desolada, questiona-se se aquela tristeza teria fim. Com uma vida aparentemente estável – bom emprego, filhos, família constituída – não é possível imaginar o empobrecimento afetivo que carregava.

Com pais muito ausentes em sua infância e raríssimas memórias afetivas, organizou-se, defensivamente, por meio de um falso *self*, encapsulando as emoções e memórias de desamparo. Na infância, perdia-se por horas a olhar teias de aranha, isolando-se do mundo e de suas próprias emoções. O rompimento com o marido fez com que essas cápsulas de afeto rompessem, resultando no contato com um excesso não integrado. Até então, Lóri vivia com uma aparência de real, com construções e vivências, mas sob uma profunda proteção de um falso *self*. Em seu caso, só podemos imaginar o que pode ter acontecido durante a infância e suas vivências extrauterinas: uma mãe que não conseguiu ser suficientemente boa e que, diante de um excesso de excitações sem sustentação e resposta materna, levou ao isolamento psíquico.

Diante desse exemplo, pode-se afirmar que as defesas patológicas frente às falhas ambientais levam ao que chamamos de patologias do *self*. Winnicott (1954-55/2020, p.456) lista 10 tipos de defesa contra a ansiedade depressiva,³ vivida no momento do desmame e, portanto, características da etapa do amadurecimento em que o bebê começa a unir a mãe ambiente e a mãe objeto, mas que não me deterei nesse estudo.

Em todos esses tipos de defesa, existe uma tentativa de sobrevivência psíquica, evitando a ameaça de aniquilação. É possível pensar nas falhas ambientais tanto quanto um excesso como uma falta. Uma mãe excessivamente implicada, sem poder esperar o gesto espontâneo do bebê, pode ser compreendida como um excesso de excitação, frente ao qual o bebê reage. Nos estados tranquilos é imprescindível que o bebê possa se recolher na quietude, com a confiança de que a mãe continuará lá, pronta para acudi-lo nos estados de excitação instintual.

Enquanto está recolhido e isolado do mundo, o bebê não está lá para ser encontrado. Caso a mãe imponha suas próprias necessidades – que vêm de fora e não de um impulso próprio –, ocorre uma interrupção da continuidade. A experiência de continuidade do ser é vivida a partir da manutenção dos estados

³ Controle Generalizado, Compartimentação, Isolamento de certos agrupamentos persecutórios, Encapsulação, Introjeção de um objeto idealizado, Ocultação em segredo de coisas boas, Projeção mágica do bom, Projeção mágica do mau, Eliminação e Negação.

tranquilos e excitados, que se alternam repetidamente. Um ambiente falho impede essa manutenção e, conseqüentemente, a integração do *self*.

É importante, portanto, que o bebê possa descansar e voltar para os estados de não-integração. É somente a partir desses estados que ele poderá vivenciar como próprio e espontâneo seu gesto. Caso esses momentos de quietude sejam preservados, garante-se não só o desenvolvimento de um verdadeiro *self*, com o gesto sentido como real, mas também se elabora a capacidade de ausentar-se e descansar. O descanso, então, pode ser vivido como uma proteção e um sinal de saúde. No entanto, se os momentos de quietude não puderam ser vividos pelo bebê, é possível que, posteriormente, ele vivencie grande ansiedade com relação à tranquilidade, evitando-a, porque esses momentos vêm acompanhados da fantasia de que será aniquilado.

Enfatizei a problemática de uma mãe excessivamente implicada, mas o oposto também é igualmente prejudicial ao amadurecimento. Uma mãe deprimida, ausente ou distraída, não terá recursos ou não se atentará para o gesto espontâneo do bebê e ele ficará no vazio. Sendo assim, a experiência de ilusão de onipotência também será quebrada, de maneira que o encontro com o seio não poderá ser sentido como criação própria. É importante salientar que, nesse cenário, o bebê vivencia uma quebra da continuidade de ser e não uma frustração, tendo em vista que se trata de necessidades do eu e não de desejos.

Pode-se pensar também em um ambiente que responde à amamentação como um ato concreto de “matar a fome”. Essa compreensão por parte da mãe leva ao risco do bebê experienciar um medo da satisfação porque ela fica associada ao desaparecimento do objeto. Isso se dá devido à impossibilidade da mãe ser não só objeto, mas ambiente, ou seja, o bebê não sente que existe uma mãe sustentando e presente, mesmo em repouso. A presença da mãe é sentida apenas na apresentação do seio, tendo sua existência ameaçada com a saciedade.

Uma mãe deprimida dificultará não apenas o atendimento ao gesto espontâneo do bebê, mas a vivência de sua agressividade. Nessa situação, a mãe poderá recuar frente à dor e à agressividade, tornando-se um objeto sem vida. A vivência da agressividade e a sobrevivência do objeto são necessárias

para a passagem da relação com o objeto para o uso, propriamente dito, do objeto. Nesse sentido, o que fica ameaçado é o desenvolvimento da externalidade, ou seja, de todo um novo sentido de realidade, que não está dentro, nem entre, mas fora.

Segundo DIAS (2017), diante da não tolerância do ambiente à destrutividade do bebê, ele poderá encontrar alguns caminhos para lidar com seus impulsos: 1) Inibir a impulsividade instintual (por meio da repressão, da negação e de outros mecanismos de defesa) e desenvolver um autocontrole prematuro e defensivo (como, por exemplo, nunca mostrar a agressividade, permanecendo em uma posição de “excessivamente bom”); 2) Cindir os impulsos, que ficam dissociados, (o psiquismo não sustenta o conflito da ambivalência e o sujeito pode projetar a agressividade em vez de integrar); e 3) Desenvolver a tendência antissocial. Todas essas possibilidades são adotadas, junto com outros mecanismos de defesa, para garantir a integridade do eu, tendo em vista que o indivíduo não consegue se tornar uma unidade integrada em decorrência das falhas ambientais.

Uma mãe deprimida também poderá ter dificuldades na fase do desmame, pois, em decorrência do seu estado mental, ela não tem acesso consciente ao seu ódio, por temê-lo. Isso dificulta que possa contar com sua capacidade de odiar para exercer seu papel no processo de desmame e, conseqüentemente, de desilusão. Segundo Vilete, uma mãe deve:

Reconhecer e suportar o ódio da criança, bem como aceitar que se torne para ela a mãe ruim, durante certo tempo. Aceitar significa sobreviver como a mãe forte, que é capaz de cuidar sem ter mais os recursos de onipotência com que era até então investida pela criança. (VILETE, 2000, p.158)

O desmame e a vivência da destrutividade do bebê constituem a passagem da relação com o objeto para o uso do objeto e se trata de uma das mais importantes conquistas, pois implica, como já citado, um novo sentido de realidade, com a criação de um outro mundo que não o subjetivo ou o espaço potencial. Nessa etapa, o bebê deve ser capaz de destruir o objeto subjetivo. Diante de uma mãe frágil, ele compreende que precisa proteger o objeto, não conseguindo passar pela experiência de destruição e se relacionar com o objeto

real. A destrutividade é que cria a externalidade, colocando em risco, portanto, a criação desse novo mundo.

Por fim, existem mães excessivamente boas, ou seja, que sabem muito bem as técnicas de cuidar e ficam mergulhadas na tentativa de perceber, adivinhar e atender às necessidades do bebê, antes que o bebê possa apresentar um gesto espontâneo. À medida que amadurece, ele começa a ter pequenas tentativas de comunicação a respeito de suas necessidades e a mãe deve esperar que ele possa comunicar antes de agir. Nesse caso, é como se o bebê permanecesse ainda misturado com o ambiente, o que o levará para dois caminhos: um estado de regressão e mistura permanente com a mãe ou uma rejeição completa da mãe.

Tem-se, portanto, exemplos de excessos e faltas de excitação e implicação. Independente do caminho ou do quadro que se configura, as falhas ambientais impedirão o processo de constituição de um si-mesmo unitário, podendo ocorrer nas diversas etapas do amadurecimento. Para que não ocorra a aniquilação do ser, o bebê desenvolve mecanismos de defesa variados que o protegem. O analista poderá, posteriormente, trabalhar em cima das falhas ambientais e dos mecanismos adotados, de maneira a auxiliar na busca por um *self* mais integrado. A maneira como isso poderá ser feito e a postura do analista, diante desses casos, serão descritas no próximo capítulo.

5.5. Uma breve consideração sobre o paciente de tipo borderline à luz da teoria Winnicottiana e a Clínica do Não-Acontecido

Sou os arredores de uma vila que não há, o comentador prolixo a um livro que se não escreveu. Não sou ninguém, ninguém. Não sei sentir, não sei pensar, não sei querer. Sou uma figura de romance por escrever, passando aérea, e desfeita sem ter sido, entre os sonhos de quem me não soube completar.

Heterônimo Bernardo Soares, Fernando Pessoa

Como vimos no tópico anterior, os excessos de ausência e de presença constituem falhas ambientais no processo de amadurecimento. Diante de um padrão de falhas ambientais, defesas radicais e primitivas são acionadas como

proteção contra a aniquilação. O processo de amadurecimento rumo à integração é interrompido, de maneira que as tarefas fundamentais podem nunca serem conquistadas e finalizadas. Frente a isso, inúmeras patologias podem surgir, dentre as quais cito aqui as patologias de tipo borderline.

Pode-se compreender que o paciente de tipo borderline não atingiu o status de uma unidade em um tempo e espaço. Sendo assim, o sentido de realidade não é alcançado. O paciente “cai fora do mundo” (DIAS, 2011), ou seja, fora do caminho que o levaria à integração. As tarefas de personalização (alojamento da psique no corpo) e realização (início da relação objetal) são igualmente afetadas. A constituição do si-mesmo enquanto identidade é perdida, uma vez que esta se processa à medida que as outras tarefas se realizam (DIAS, 2011).

DIAS (2011) afirma que “é essa a característica da patologia fronteira, vivem no modo de uma não existência” (p.70). O paciente de tipo borderline, então, vive como um estrangeiro de si e do mundo, sem o sentimento de habitar, de estar em casa. Viver as tarefas fundamentais, a partir de um ambiente suficientemente bom, é o que permite caminhar pelos estágios do amadurecimento até a conquista do EU SOU, momento no qual há um reconhecimento mais efetivo da separação entre eu e não-eu. A partir desse reconhecimento, que só se dará com uma boa base de ilusão de onipotência e com o atendimento das necessidades mais primitivas, será possível ter o sentimento de ser real.

Viver em um modo de não existência decorre de um não-encontro: uma adaptação suficientemente boa da mãe às necessidades do bebê não ocorreu. No entanto, esse encontro é a base para todos os encontros possíveis, consigo e com o mundo. A origem da patologia de tipo borderline, portanto, localiza-se poem um não-acontecido, em termos de um não-encontro e um não atendimento das necessidades mais primitivas do bebê pelo ambiente. Em decorrência desse não-encontro, há também um não-acontecido em termos do processo de amadurecimento, que fica a meio caminho.

O mundo está fora, como um filme que não lhe diz respeito, e não há ponte possível a não ser pela observância das regras e submissão aos roteiros e expectativas prescritos. O que parece

faltar-lhes é a matéria-prima mesmo do viver: a possibilidade de deixarem-se afetar pelos outros e pelos acontecimentos, e de aí vincular-se. (DIAS, 2011, p.85)

Winnicott apresenta ao longo de sua obra algumas definições a respeito da patologia de tipo borderline. Dentre elas, selecionei a definição que traz em seu texto “O Uso de um Objeto e o Relacionamento através de Identificações” (Winnicott, 1968/2019, p.219) para o termo borderline:

Pelo termo ‘caso borderline’ pretendo significar um tipo de caso no qual o centro do distúrbio é psicótico, mas o paciente possui suficiente organização psiconeurótica para sempre apresentar desordens psiconeuróticas ou psicossomáticas quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma crua.

Winnicott traz essa terminologia, mas não sistematiza os tipos de falso *self*. Por isso, utilizo aqui os textos de Naffah (2010), a fim de ampliar a compreensão acerca desse fenômeno. Naffah, a partir do estudo da teoria winnicottiana, propõe o estudo da patologia de tipo borderline tornando o termo borderline como genérico e diferenciando a patologia em “falso self como se” e “esquizoidia” (2010). Essa diferenciação parte do princípio de que frente às falhas ambientais é possível que o sujeito passe a existir de uma forma extremamente adaptativa (falso self como se) ou reativa (esquizoidia).

Segundo o autor, a esquizoidia envolve um retraimento patológico, como forma de se defender de possíveis invasões ambientais. Sugere o termo “patologia introvertida” em contraposição à “patologia extrovertida”, uma vez a esquizoidia caracteriza-se principalmente pela sua introversão e um movimento defensivo. Nesses casos, o bebê pôde, durante o estágio de dependência absoluta, vivenciar um período de ilusão de onipotência, de maneira a entrar em contato com um objeto subjetivo. Como proteção, então, à relação de objeto subjetivo precariamente constituída, o sujeito se retrai, vivendo predominantemente em seu mundo íntimo e neutralizando possíveis invasões e perseguições externas, que poderiam colocar em risco o contato com esse objeto subjetivo. Há, então, uma retirada das emoções das relações objetais.

Já o “falso self como se” se enquadra no que Naffah (2010) postula como uma “patologia extrovertida”, no sentido que esses pacientes estão totalmente voltados ao mundo exterior, sem qualquer contato com seu mundo subjetivo, o qual é precário ou mesmo inexistente. Aqui, as falhas ambientais são tão

intensas que “nenhuma experiência subjetiva vale a pena ser protegida” (NAFFAH, 2010, p.5). Defesas são acionadas de maneira a proteger o verdadeiro *self* de possíveis invasões, o que faz com que o sujeito viva na superfície, sem contato com seu mundo subjetivo. Este tipo de patologia borderline é mais estruturado e mais resistente às intrusões do ambiente, diferente da esquizoidia. No entanto, essa casca rígida e estruturada leva à sensação de irrealidade e futilidade em sua vida, ou seja, a perda ou a não conquista do senso de ser real, de maneira que sua vida perde sentido.

Seja por retraimento, reatividade ou extrema adaptação, os pacientes borderline vivem nesse modo de não existência. Adotam defesas radicais contra invasões e contra agonias impensáveis, de maneira que esse é o único modo de sobreviver e continuar vivendo. Isto acontecerá até que se possa encontrar uma nova provisão ambiental que seja confiável e capaz de atender as necessidades mais primitivas, a fim de que se possa retomar o processo de amadurecimento e de constituição de um si-mesmo unitário que ficou a meio caminho.

6. A CLÍNICA DO NÃO-ACONTECIDO

“Viver é um rasgar-se e remendar-se”

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem..”

(Guimarães Rosa)

6.1 Tecendo a Casa-análise: uma base para ser

Para que seja possível analisar pacientes borderline é preciso primeiramente tecer a casa-analítica. Esse pano de fundo para que um encontro possa ocorrer envolve o estabelecimento do *setting*, bem como a construção da confiabilidade. Para aprofundarmos a ideia de uma casa, em análise, é de grande importância compreendermos a noção de ambiente para Winnicott. Ambiente se refere “às condições físicas e psicológicas necessárias ao amadurecimento emocional do ser humano” (SERRALHA, 2011, p.243). Isso significa que a provisão ambiental de certos cuidados é imprescindível para que os genes que determinam as tendências herdadas para o crescimento se manifestem positivamente.

Segundo Conceição Serralha (2011), existem duas características primordiais do ambiente winnicottiano: a adaptabilidade e a qualidade humana. Um ambiente suficientemente bom, ou seja, um ambiente que favorece o amadurecimento se adapta e se desadapta a fim de atender às necessidades primitivas do bebê. Enquanto qualidade humana, compreende-se que a presença desse ambiente nunca deverá ser perfeita, sem falhas. É importante, para o processo de amadurecimento, que ocorram frustrações e decepções, em decorrência das falhas ambientais.

Winnicott define como ambiente suficientemente bom aquele cujo papel se enquadra na oferta de sustentação e na resposta à dependência. Inicialmente, esse ambiente é representado pela mãe, que deverá oferecer certas condições de cuidado. Mais importante do que técnicas sofisticadas, a base de todas as exigências que a mãe teria para ser suficientemente boa é que ela deve “simplesmente existir e amar o bebê” (Conceição Serralha, 2011, p.246). Isso

significa que, junto com afeto, ela deverá oferecer determinados cuidados, como “contato, temperatura corporal, movimento, quietude”, entre outros cuidados físicos. Além disso, a mãe precisará possibilitar que o bebê vivencie a solidão essencial, para então viver os estados tranquilos e excitados. Em meio a essas vivências, condições deverão ser criadas para que o bebê tenha a ilusão de criar o mundo e para que esse mundo externo seja apresentado aos poucos, de maneira que seja possível assimilá-lo sem ser invadido. Essa mãe, em seus cuidados, também deverá ser estável, previsível e constante, pois isso possibilitará que o bebê experiencie uma continuidade de ser (WINNICOTT, 1958).

No entanto, não se pode falar da mãe sem mencionar o papel do pai no processo de amadurecimento do bebê. O papel do pai e o da mãe são complementares e essenciais para a construção de um ambiente que possa favorecer o amadurecimento. Segundo Conceição Serrallha (2011, p.246), “ficaria impossível deixar de reconhecer que não existe uma ‘mãe suficientemente boa’ sem um ‘pai suficientemente bom’”. O pai, nesse contexto, será responsável por oferecer *holding* à mãe, para que ela tenha condições de entrar no estado de preocupação materna primária e oferecer todo o cuidado tão necessário ao bebê no estágio de dependência absoluta. O papel do pai, posteriormente, estender-se-á a outras funções, mas que não serão aprofundadas neste trabalho.

É importante frisar um aspecto desse ambiente: ele poderá se tornar um ambiente pessoal, à medida que o bebê incorpora os cuidados ofertados (WINNICOTT, 1958). Esse ambiente pessoal seria um espaço interno ou, então, “as condições dentro de si” (Conceição Serrallha, 2011, p.249) que permitem o desenvolvimento do mundo interno e posteriormente sua manutenção. Penso que o processo de análise favorece e visa a elaboração de um ambiente pessoal, de maneira que o paciente possa localizar dentro de si os cuidados até então oferecidos pelo analista. Assim, o paciente poderá desenvolver recursos para ser cada vez mais capaz de cuidar de si.

Esta breve explanação permite uma melhor compreensão do papel do analista diante de pacientes borderline. Pode-se relacionar a noção de ambiente

winnicottiano com o conceito de *setting* analítico, o qual engloba não apenas a estrutura física do consultório, por exemplo, mas também a presença constante marcada no tempo (dia e tempo da sessão) e na presença física do analista. Pode-se compreender o *setting* como uma experiência de encontro e que é estabelecido a partir da constância do analista. Portanto, o ambiente físico e a qualidade do cuidado ofertado, a partir de constância, previsibilidade e confiabilidade, configuram o *setting* analítico. Tosta (2019, p. 544) ainda definirá o *setting* analítico como “a ambiência analítica que tem a ver com toda uma linguagem não verbal e com a sensibilidade e empatia sensível que atravessa a relação analítica”.

Resumidamente, pode-se compreender a oferta de sustentação (*holding*) no tempo e no espaço, de *handling* e de apresentação de objetos (contato com a realidade) como as condições fornecidas pela mãe-ambiente. Winnicott diferencia a mãe-ambiente da mãe-objeto, sendo esta última “possuidora do objeto parcial que pode satisfazer as necessidades urgentes do lactente” (WINNICOTT, 1963/2022, p.94). Nesse sentido, pode-se compreender que a mãe-ambiente está ligada, principalmente, à manutenção dos estados tranquilos, enquanto a mãe-objeto responde ao modo excitado do bebê.

O analista, nesse momento de tecer a casa, deverá ser um analista-ambiente, oferecendo sustentação. Concomitantemente, assumirá também a função de analista-objeto, permitindo-se ser criado pelo paciente e, posteriormente, destruído. É comum que pacientes borderline não tenham atingido a etapa do amadurecimento de uso do objeto e, por conta disso, o analista continua configurado sob o regime de objetos subjetivos, os quais continuam sob controle onipotente. Assim, é imprescindível que o analista esteja ali para ser encontrado (TOSTA, 2019), para além da sustentação e presença que oferece. Segundo Safra, “o bebê necessita de encontro com outro humano, que possa ser objeto e presença” (2009, p.78). O analista estar ali para ser encontrado permite que o paciente possa ter experiências de ilusão de onipotência, a base para que, mais tarde, diante de uma desadaptação gradual e necessária, o analista possa ser destruído enquanto objeto subjetivo, sobrevivendo enquanto objeto real e objetivamente percebido. Mas é importante

que, primeiro, o analista se mantenha enquanto presença, oferecendo *holding*, *handling* e apresentação de objetos.

O analista-ambiente será responsável, em um primeiro momento, pela construção da confiabilidade. Por confiabilidade pode-se compreender o “como” o ambiente atende as necessidades do bebê e não necessariamente um fazer específico. É importante que o analista-ambiente preserve a continuidade de ser do paciente, permitindo a experiência de ilusão de onipotência. Isso significa que o analista apresentará a realidade na medida e no momento em que ela seja compreensível. Caso contrário, a experiência será de invasão. Isso significa manter-se previsível, monótono e consistente, para que o paciente lide com o imprevisível apenas quando essa experiência puder não ser aniquiladora. Winnicott afirma que, muitas vezes, o que nos resta é esperar, esperar e esperar. Esperar, mantendo-se presente e previsível. Essa constância na qualidade do cuidado ofertado em análise levará o paciente, aos poucos, a ter a crença em um mundo que estará lá caso ele o procure.

É importante salientar que existe uma qualidade nessa espera que Winnicott menciona. Tal qualidade é mantida quando não tentamos “curar” o paciente. Uma tentativa de cura levará o paciente a compreender que o analista, na verdade, não é um ambiente confiável, pois teme seu estado e, por conta disso, não conseguirá sustentá-lo. No texto “A cura” (1970/2005), Winnicott diferencia dois tipos de cura: o cuidar-curar e a cura-tratamento. Segundo o autor, não buscamos em análise “curar erradicando agentes do mal” (p.112), como é o caso da cura-tratamento. Nesse sentido, não buscamos aplicar um tratamento, mas sim facilitar o amadurecimento a partir do atendimento às necessidades do paciente. Enquanto analistas, oferecemos, então, as condições para que a tendência inata ao crescimento de nossos pacientes possa se manifestar e para que, assim, possam caminhar rumo à experiência de habitar o mundo.

Em termos da doença social, o ‘cuidar-curar’ pode ser mais importante para o mundo do que a ‘cura-tratamento’ e do que todo diagnóstico e prevenção que acompanham aquilo que geralmente se denomina abordagem científica (WINNICOTT, 1970/2005, p.113).

Winnicott ressalta a importância do cuidar-curar em análise a partir do seu conceito de indivíduo saudável, explicitado, mais detalhadamente, no texto “O Conceito de Indivíduo Saudável” (1967/2005). Para o autor, saúde está diretamente relacionada ao processo de amadurecimento, mais especificamente à integração do eu, ao alojamento da psique no corpo e ao desenvolvimento das relações objetais. Um indivíduo saudável deve chegar a três níveis de experiência: a vida no mundo, a vida da realidade psíquica pessoal (alcançada mais fortemente no estágio do Eu Sou, com a diferenciação eu/não-eu) e a experiência cultural. Winnicott compreende que o adoecimento, ou seja, o sintoma, nem sempre é indicativo de doença. Alguns pacientes aproximam-se do colapso como uma oportunidade de experienciá-lo e, assim, retomar seu processo de amadurecimento. Nesse sentido, é possível compreender esse movimento como sinal de saúde, uma tentativa, por parte do indivíduo, de buscar a cura. Portanto, a cura-tratamento tem o seu lugar e a sua devida importância, mas quando estamos lidando com patologias ligadas a não constituição de um eu integrado, o cuidar-curar ganha espaço.

A interpretação dos desejos, nesse contexto, perde lugar para o manejo do *setting*, o qual contempla a provisão dos cuidados ambientais que não puderam ser oferecidos nos primeiros estágios do desenvolvimento (LEJARRAGA, 2015). Nas palavras de Winnicott, “o contexto (*setting*) torna-se mais importante que a interpretação. A ênfase é transferida de um aspecto para o outro” (WINNICOTT, 1955-1956/2021, p.489).

Como manejo, pode-se compreender como “a atitude que o médico toma em relação ao paciente e sua doença: o interesse que manifesta, a personalidade que emprega, e até a sua pontualidade, etc” (DIAS, 2023). Essa atitude visa responder a uma necessidade do paciente e favorece a integração psicossomática. Uma interpretação, no contexto de um paciente borderline, pode ser vivida como uma grande invasão, diferente de um paciente neurótico. Isso se deve ao fato de que, muitas vezes, uma interpretação pode exceder sua capacidade maturacional, apresentando uma realidade que ainda está fora de alcance do paciente, em termos da etapa do amadurecimento emocional que se encontra. Além disso, uma interpretação pode revelar antes da hora uma separação entre paciente e analista, apontando para uma externalidade que

ainda não pode ser vivida enquanto tal, o que provoca agonias muito primitivas. Principalmente no início da análise, esses pacientes só podem se relacionar com seu analista enquanto objeto subjetivo, dentro de seu controle onipotente.

Isso não significa que a interpretação não tenha seu uso e sua marca na análise de pacientes de tipo borderline. No entanto, o seu uso é repensado por Winnicott. Primeiramente, deve-se limitar o seu uso, se comparado a uma análise tradicional. Além disso, “interpreta-se o que é profundo, mas não o que é primitivo” (DIAS, 2023). Isso significa que a interpretação poderá ser efetivamente usada quando existir um “dentro”, que só é alcançado no estágio do “Eu-sou”, momento durante o qual há a separação entre o eu e o não-eu. Ou seja, é preciso, primeiramente, a constituição de um psiquismo, de um mundo externo e interno, um eu e um não-eu, para que a interpretação tenha sentido e possa ser usada. Dias (2023, p.127) afirma que “as experiências que ocorrem durante o ‘primitivo’, sobretudo na fase da dependência absoluta, são de natureza pré-verbal, pré-simbólica e pré-representacional”. Nesse sentido, uma interpretação não consegue ter seu efeito porque esses pacientes estão aquém do simbólico. Por fim, é importante ressaltar que a própria interpretação, quando usada, só terá eficácia a depender da construção da confiabilidade, o que reforça a necessidade e a importância do manejo do *setting*.

Sendo assim, o manejo do *setting* ganha a sua relevância, considerando-se a prevalência do primitivo nos casos de tipo borderline. Com relação ao manejo, o mesmo acontece a partir da identificação do analista com seu paciente, de maneira que o analista possa cuidar dos detalhes do cuidado ao mesmo tempo em que se mantém atento ao ambiente total. Por fim, o manejo refere-se a um tipo de comunicação silenciosa, uma vez que o analista, aqui, é compreendido enquanto objeto subjetivo, não sendo necessária, portanto, uma comunicação explícita com o paciente (como no caso de uma interpretação).

Para pacientes tanto neuróticos quanto não neuróticos, o *setting*, portanto, é fundamental: a oferta e a sua definição conduzem o paciente para os trabalhos psíquicos (sonhar, simbolizar, elaborar, pensar) e, acima de tudo, para a integração do eu. A oferta do *setting* é relevante na análise tanto de neuróticos como de não neuróticos, sendo estabelecido, dentre outros fatores, a partir da

oferta de uma escuta atenta, nas dimensões de implicação e reserva (FIGUEIREDO, 2009/2012), por meio da qual a transferência e a contratransferência se instalam. É nesse contexto que, segundo Figueiredo, as experiências emocionais primitivas

bem como as defesas primárias contra elas, são evocadas e provocadas na regressão propiciada pelo enquadre; a isso chamamos de transferência, uma reativação e uma relativa atualização da loucura, sob controle. (FIGUEIREDO, 2009/2012, p.106).

A noção de loucura mencionada acima foi apresentada inicialmente por Winnicott (1965/1994), que, ao tentar compreender o funcionamento psicótico, afirma que a experiência de loucura não se restringe a esses pacientes; ela é, na verdade, universal. Pode-se chamar de loucura a todas as formas da passionalidade originária, que precisam ser moderadas pelo ambiente. Nos casos de falhas do ambiente na contenção da passionalidade ocorrem os traumas primários. Winnicott infere que a loucura do bebê exige um ambiente que possa sustentá-la e contê-la. Por loucura, pode-se compreender o modo de funcionar de um bebê que é movido pela intensidade dos conflitos derivados da vida instintual.⁴ Sem um ambiente suficientemente bom, o bebê vivencia um colapso mental, e com isso precisa fugir e temer a intensidade da vida instintual, diante da ameaça de aniquilação.

Winnicott sugere que a necessidade de todo paciente é de poder enlouquecer no *setting* analítico. Portanto, não se trata de uma lembrança da loucura, como a análise com neuróticos pode propiciar, mas sim uma vivência na relação transferencial. Isso se deve ao fato de que os cuidados por um ambiente suficientemente bom com relação à loucura, nos primórdios, não puderam ser experienciados. O ambiente inicial falhou em atender às necessidades mais primitivas e essa falha não ganha uma existência psíquica, uma vez que ainda não existia um eu integrado capaz de experienciar. Portanto, é preciso que a falha seja experienciada em um contexto seguro e de cuidados

⁴ Neste trabalho serei fiel à noção winnicottiana de instinto, diferenciando da noção de pulsão. Para o autor, a vida pulsional só tem início após o processo de amadurecimento e a integração do eu.

para poder integrá-la, favorecendo a retomada do processo de amadurecimento em direção à integração. É preciso fazer acontecer o que não aconteceu.

No caso dos pacientes de tipo borderline, o *setting* vai ocupar mais a atenção do analista, tendo em vista que a loucura costuma estar mais evidente, sem muitos contornos e elaborações. Pode-se usar o termo, nesses casos, de “loucura a céu aberto”. Diante disso, o analista deve ser capaz de receber as turbulências emocionais geradas pelo encontro analítico e modificar o *setting* quando necessário, uma vez que comparando-se com a análise dos casos clássicos em que a associação livre é importante, as encenações (*enactments*) e as identificações-projetivas tornam-se preponderantes. O analista terá, então, um desafio ao quebrar as defesas primitivas frente às paixões turbulentas que colocam em risco a preservação do enquadre. Dentre os riscos ao enquadre, pode-se citar atrasos no pagamento, faltas e atrasos no horário da sessão, ataques ao espaço físico e quebra das reservas narcísicas do analista. Reduzindo-se às defesas, entra-se mais em contato com a loucura precoce e há maior probabilidade de ocorrência de *enactments*⁵ que, por sua vez, possibilitam o escoamento e a evacuação dos afetos para se manter um equilíbrio interno.

Vivenciar o não-representado gera profunda dor psíquica, mas é condição para o processo de desenvolvimento do “fazer sentido”, termo proposto por Figueiredo em seu livro “As diversas Faces do Cuidar” (2009/2012). Isso só será possível se um ambiente suficientemente bom estiver disponível. Pode-se citar o exemplo de Slaviero (2017), que conduz o tratamento de Pedro, um menino de 4 anos que se mostrava muito contido e quieto, e apresentava ciúmes do irmão mais novo. Em determinado momento do acompanhamento, Pedro iniciou uma luta de espadas com sua analista que perdurou pelo período de 7 meses, atividade física intensa em que pôde expressar a angústia de forma não verbal. Essa repetição indicava que o paciente não estava conseguindo dar sentido aos seus afetos mais intensos e devastadores. Pedro sentia-se invadido por seu irmão mais novo e, por vezes, sentia muita raiva e desejava destruí-lo. A partir

⁵ Os *enactments* podem ser compreendidos como *acting outs* dentro da situação analítica. Nesse sentido, o paciente, em vez de comunicar seu sintoma por meio da palavra, coloca em teatro ou se expressa por meio de manifestações psicossomáticas. Nesse teatro, convida o analista a fazer uma parceria, que atuará como complemento da peça.

de um ambiente de confiança e de sustentação, Pedro pôde expressar sua agressividade em um ambiente que não o retaliava, e encontrar sentido à ambivalência vivida com relação ao irmão. Temos também o exemplo de Vanessa que, ao se cortar, trazia, de maneira concreta, seus afetos mais intensos e que não puderam ser integrados anteriormente a sua psique. Durante seu acompanhamento, foi possível reconhecer sua angústia e nomeá-la, de maneira a construir um sentido.

Esse processo de ir fazendo sentido engloba a presença de quatro tipos de intersubjetividades que se relacionam entre si e são imprescindíveis para o caminho da simbolização, integração e elaboração dos afetos: intersubjetividade trans-subjetiva, intersubjetividade traumática, intersubjetividade interpessoal e intersubjetividade intrapsíquica. Essas ideias foram desenvolvidas e organizadas por Coelho Junior e Figueiredo (2004).

A intersubjetividade trans-subjetiva refere-se a um primeiro solo de intersubjetividade, em que a cultura e a tradição nos envolvem e nos acolhem como um continente, em um momento em que ainda não há separação entre externo e interno, entre o eu e o outro. Segundo Coelho Junior e Figueiredo (2004, p.18), a partir das palavras de Heidegger, “a tradição que nos precede e nos envolve deve ser compreendida como aquilo que, não sendo eu, faz com que eu possa vir a ser o que sou”.

A intersubjetividade traumática está relacionada com as funções de desligar e interpelar. A alteridade e a singularidade do outro se impõem e excedem a capacidade da criança de acolher e receber, de maneira que a presença do outro passa a exigir uma resposta, o que constitui uma experiência traumática em diversos níveis. O excesso de experiências traumáticas pode ser desestruturante, mas, se o ambiente conseguir ser suficientemente bom, poderá interpelar de maneira a contribuir para o desenvolvimento pleno do bebê. Um exemplo disso seria a inevitável convocação que o ambiente faz a criança para que ela comece a falar, para se comunicar ao invés de utilizar gestos e gritos. Um outro exemplo seria a exigência de que a criança vá à escola, a qual configura-se como uma separação do conforto da casa. Esses exemplos configuram-se como traumas estruturantes, tirando a criança da condição “os outros fazem por mim”. Em termos dos cuidados mais iniciais com o bebê, pode-

se citar como traumas estruturantes o desmame e o desfralde. É possível notar, portanto, o papel que a intersubjetividade traumática possui na formação e convocação de um sujeito que está por vir. Ainda, o processo de subjetivação não implica apenas fazer ligações e lidar com elementos assimiláveis vindos do outro, mas também poder assimilar o diferente, o que se tende a excluir. O diferente exige trabalho por parte do sujeito, que é convocado a dar uma resposta. A alteridade, em um primeiro momento, não é assimilada pelo bebê, ainda não existe um outro. À medida que a ilusão de criar o mundo vai sendo quebrada, com as falhas ambientais cada vez mais frequentes e necessárias, o bebê vai se dando conta de que existe algo que não responde ao seu controle onipotente. Esse ambiente que agora está fora de seu controle pode ser, eventualmente, destruído, de maneira a criar a externalidade do mundo e, com isso, a alteridade. Isso faz parte do processo de amadurecimento e configura-se como um trauma estruturante. Caso essa desadaptação por parte do ambiente exceda a capacidade do bebê de lidar com as ausências e falhas, estamos diante de um possível trauma desestruturante.

Já a intersubjetividade interpessoal se constrói a partir da interação entre um eu mais constituído e o outro. Aqui, não me refero ao outro da cultura, mas ao outro personificado em uma pessoa, como a mãe. Nessa interação, gestos espontâneos do bebê são dirigidos a um outro (mãe) que os recebe e a eles responde, com ações que os completam. A partir dessa mediação do outro e de suas respostas, pode-se dar a constituição de um *self*, um sentido de existência e de real. A intersubjetividade interpessoal, portanto, está associada às funções de acolhimento, suporte, ligação, de reconhecer, refletir e testemunhar, ou seja, ao processo da libido contornando o corpo, processo essencial nos primeiros estágios do amadurecimento psíquico. O *holding* e a continência são duas dimensões presentes e essenciais para que essas funções sejam exercidas.

Por fim, a intersubjetividade intrapsíquica pode ser compreendida como o registro de todas as intersubjetividades, ou seja, o registro de quando o bebê foi acolhido pela cultura, sacodido, olhado, refletido e interpelado. Em associação ao que Winnicott propõe, pode-se pensar essa intersubjetividade como o mundo interno, construído a partir de um longo processo de amadurecimento, durante o qual todas essas intersubjetividades se fazem presentes.

Se o ambiente que encontramos e com o qual interagimos desde os primórdios nos ajudarem a dar sentido à loucura, começamos a ter esperança de achar sentido no mundo. Assim, a partir da oferta, pelo ambiente, das quatro intersubjetividades mencionadas acima, cria-se o movimento de “ir fazendo sentido”, ou, nas palavras de Winnicott, de ir rumo à integração, abrindo um futuro de possibilidades para novas ligações. Constrói-se, a partir disso, a base da esperança, ou seja, a confiança de encontrar no mundo o que foi encontrado no objeto primário: acolhimento, suporte, reconhecimento, testemunho, convocação, interpelação, entre outros. Figueiredo (2003/2018, p.167) afirma que “o paciente que sonha e mesmo o que alucina – desde que não o faça sempre e indiscriminadamente – conservam a sua boa dose de esperança como princípio de funcionamento”. Os sonhos são movidos por uma esperança de reencontrar o objeto perdido. No entanto, pacientes psicóticos que alucinam indiscriminadamente e que criam onipotentemente o objeto, fazem-no como uma faceta da falta de esperança de reencontrá-lo, ou seja, ficam repetindo as experiências de desencontro.

Caso o ambiente falhe em dar sentido a essa loucura, não conseguindo oferecer um campo de intersubjetividades, é comum que se desenvolva a desesperança congênita, que pode ser definida como uma ausência da capacidade de esperar por algo bom no futuro, associado ao medo da catástrofe. Os traumas no primeiro estágio do desenvolvimento levam o paciente a esperar pelo abismo, de maneira a projetar no futuro sempre um colapso. Para que a esperança se constitua, é imprescindível que o bebê experiencie a ilusão de onipotência, de maneira a encontrar o objeto quando o necessita. Caso o objeto não se apresente no momento certo, o bebê não terá a confiança de que ele estará lá para ser encontrado.

Winnicott, o mestre dos paradoxos, nos remete à lembrança de algo de que um sujeito pode ser “desfalcado” quando ainda não o pôde ter e usufruir. Quando não há esperança nesse nível, não se podem formar, a rigor, fantasias de desejo. (FIGUEIREDO, 2003/2018, p.169)

Diante disso, a análise de pacientes borderline, que possuem como base a desesperança congênita, não pode centrar-se na interpretação dos desejos reprimidos (FIGUEIREDO, 2003/2018), mas sim na oferta de um ambiente

suficientemente bom para que se crie a confiança de encontrar um objeto que atenda às necessidades mais primitivas – a de ser acolhido, agasalhado, suportado, convocado, interpelado, reconhecido e testemunhado.

6.2 Aproximando-se do Vazio Amorfo: a regressão à dependência

A medida que uma casa-análise se tece, é possível, aos poucos, aproximar-se do vazio amorfo⁶ do paciente de tipo borderline. Para chegar ao vazio, ao fundo, a regressão à dependência é necessária. A regressão à dependência, proposta por Winnicott (1954), entra como uma possibilidade de oferta de um ambiente suficientemente bom para que seja possível caminhar rumo à integração, a um sentimento de existência e de habitar um mundo.

Segundo Winnicott (1965/1994, p.117), a regressão à dependência:

representa a esperança do indivíduo psicótico de que certos aspectos do ambiente, que falharam originalmente, possam ser revividos, com o ambiente desta vez tendo êxito ao invés de falhar na sua função de favorecer a tendência herdada do indivíduo de se desenvolver e amadurecer.

No capítulo anterior fora citado o não-encontro característico do par mãe-bebê nos pacientes de tipo borderline. Este não-encontro, ou seja, a não existência de um ambiente suficientemente bom em um estágio de dependência absoluta, impede que o bebê tenha a experiência de habitar o mundo. A qualidade da presença, a constância nos cuidados, a proteção contra invasões, a apresentação do mundo em pequenas doses, entre outros cuidados ofertados pela mãe, são a base para que futuramente se tenha a experiência de ser, de existir e de ser real. A partir, então, do *holding*, do *handling* e da apresentação de objetos será possível existir em um tempo e espaço.

Winnicott cita o exemplo do bulbo de jacinto para reforçar a importância dos cuidados ofertados pelo ambiente para que a integração seja conquistada, assim como o senso de existência. Dentro do jacinto existe um bulbo, para o qual olhamos e desconfiamos de que ali jaz um aroma muito bom. No entanto, em

⁶ Termo utilizado por Elsa Dias em seu texto “A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista” (ANO) para se referir a falha que habita o paciente borderline e que se encontra fora do alcance de uma elaboração simbólica, ficando como um vazio sem forma, ou seja, a falha não ganha uma existência psíquica.

um primeiro momento, temos apenas notícias desse aroma, que poderá ser revelado a partir dos cuidados diretos com o jacinto. Portanto, o jacinto tem um potencial, cujo desenvolvimento não vai depender só da genética, mas do cuidado com ele. O cheiro será consequência do desenvolvimento total, representando a conquista do amadurecimento. Se tudo der certo, ou seja, se o ambiente for suficientemente bom, será possível ter a experiência do cheiro, ou seja, a experiência de existir (WINNICOTT, 1965/1994).

No caso de pacientes de tipo borderline, o bulbo nunca desabrocha. A experiência do cheiro não acontece. Os pacientes fronteiraços não alcançam um si-mesmo integrado. Como consequência, temos “um senso de futilidade quanto ao valor de sua vida, sentimentos de desesperança, uma crença de que ninguém jamais está com ele, uma inabilidade para formar relações pessoais significativas (...)” (VAN SWEDEN, 1995, p.208 – Minha tradução). Nesse sentido, a análise não irá debruçar-se sobre os conflitos pulsionais, tendo em vista que, para tanto, é necessário um grau maior de amadurecimento psíquico. Os pacientes fronteiraços vivem a partir de uma não-existência, dado as repetidas quebras na continuidade do ser no estágio de dependência absoluta. Defesas psicóticas são organizadas a fim de protegê-los da ameaça de existir, gerando submissão ao ambiente. O analista-ambiente tecerá a casa em direção a construção de uma confiabilidade, para que se possa, assim, enlouquecer em um ambiente que, agora, ofereça sustentação.

Com uma casa-análise tecida, o paciente poderá se abrir para o cuidado sem estar intensamente ameaçado pelas agonias impensáveis. Nesta abertura, um encontro, antes não-acontecido, poderá ocorrer. A principal tarefa do analista, diante de uma situação de regressão à dependência é viabilizar que uma falha do analista possa ser sentida como falha do ambiente, de maneira que esta seja experienciada pela primeira vez e a responsabilidade seja atribuída ao ambiente, de maneira que passe a ter uma existência psíquica. Assim como mencionado no tópico anterior, uma das características do ambiente suficientemente bom é a sua qualidade humana, ou seja, ele nunca será perfeito, como uma máquina, e apresentará falhas. O analista também estará sujeito a falhas e o uso analítico delas permitirá que a falha vivida, mas não experienciada no período de não-integração possa se tornar, enfim, uma experiência do

paciente. A diferença entre falha do analista e a falha do ambiente inicial do paciente está no fato de que o analista não terá um padrão fixo de falhas, essas serão eventuais.

Winnicott em seu texto “A Psicologia da Loucura” (1965/1994) reforça a ideia de que a loucura deve ser experienciada dentro do *setting* analítico, uma vez que não pode ser recuperada a partir da lembrança (ela não possui uma existência psíquica). Para que isso aconteça, o analista deve tolerar sessões e períodos inteiros sem que uma lógica possa ser atribuída a tudo isso. No caso de pacientes de tipo borderline, a transferência delirante é instalada e deverá ser aceita e recebida pelo analista, sem que este se defenda tentando ser são ou lógico. A transferência delirante se caracteriza pela projeção delirante do paciente que concebe seu analista sem diferenciá-lo de seus objetos primários, ou seja, o analista não é tido como representante ou substituto dos objetos, mas o próprio objeto (LITTLE, 1981). É importante não trazer o paciente de volta à sanidade para que seja possível aproximar-se de uma experiência de loucura, a fim de integrá-la.

As ansiedades em torno da ameaça de loucura são impensáveis. Diante de ameaças de aniquilação, durante o período de dependência absoluta, as defesas se organizam de tal modo a impedir que a aniquilação se concretize. O processo, em análise, de retorno à loucura original (FIGUEIREDO, 2009/2012) traz consigo o medo do colapso (WINNICOTT, 1963/1994). Por conta disso, exige-se do analista grande cuidado, de maneira que ele possa auxiliar o paciente a encontrar formas de expressão para suas emoções mais primitivas, sem que para tanto utilize interpretações defensivas. Grande parte desse cuidado exigirá disponibilidade de escuta, de espera e de sustentação de um estado emocional. Para o paciente, esse medo diz respeito também ao risco que ele corre ao depender de seu analista. Segundo Winnicott, o risco:

não é somente que o analista possa morrer como também que ele se torne subitamente incapaz de acreditar na realidade e intensidade da angústia primitiva do paciente, do medo de desintegração ou de aniquilamento ou de queda contínua para sempre. (1963/2022, p.310).

Assim como uma mãe precisa estar sensível às necessidades do bebê, é importante que o analista construa uma sintonia com o paciente de maneira a

entregar-se à experiência emocional primitiva vivida durante a sessão. Uma vez imerso nessa experiência, é possível integrá-la com o presente, na direção do verdadeiro self. Isso só será possível se o sofrimento intenso despertado pela dependência ao analista puder ser suportado. Portanto, para que a análise tenha caráter terapêutico no processo de regressão à dependência é imprescindível que o analista suporte um estado de profundo sofrimento, de maneira a não perder seu caráter confiável. O paciente deve confiar que poderá voltar ao estado de não-integração, amorfo, característico da dependência, quando necessário.

Estados afetivos anteriormente dissociados podem ser integrados pela primeira vez na vida emocional do indivíduo. O ambiente de sustentação do analista, a sintonia afetiva com o analisando, e a aceitação da crescente dependência do analisando são provisões significativas que permitem que a regressão à dependência aconteça. (VAN SWEDEN, 1995, p.210 – Tradução minha)

É importante diferenciar a regressão à dependência do retraimento. Clinicamente, esses dois estados apresentam-se praticamente iguais. No entanto, a principal diferença está no fato de que na regressão há dependência, ao passo que o retraimento constitui-se como uma defesa diante de um ambiente em que não há confiabilidade. O retraimento é uma defesa contra falhas ambientais presente em alguns casos, como nos casos de falso *self* “como se” ou de esquizoidia. No retraimento, então, o paciente se defende, configurando uma patologia. Já na regressão à dependência, o paciente está em um ambiente de confiabilidade, deixando-se depender de seu analista e requisitando os cuidados necessários para caminhar rumo à integração. Tratar, erroneamente, o retraimento enquanto regressão pode trazer consequências ao tratamento, como, por exemplo, suscitar no paciente reações de raiva. Um longo caminho será traçado rumo a regressão à dependência e isso só será possível quando o paciente reconhecer o lado positivo da regressão, de maneira a permitir-se depender de seu analista. (WINNICOTT, 1965/1994).

Existem, segundo Winnicott (1954), três tipos de paciente. O primeiro diz respeito àqueles que já possuem um eu constituído e, portanto, funcionam como pessoas inteiras (neuróticos). Para esses pacientes, o tratamento baseia-se na associação livre e na interpretação. O segundo são os pacientes deprimidos que vão se haver com a ambivalência do amor e do ódio e com a sobrevivência do

analista e a técnica assemelha-se ao primeiro caso, mas a sobrevivência do analista ganha especial importância. Por fim, o último grupo de pacientes contempla os casos de tipo borderline, que são próximos dos psicóticos, e cuja análise prioritariamente lidará com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, tendo em vista que se encontram em um momento anterior à aquisição do *status* de unidade com relação ao espaço-tempo. A técnica aqui recai sobre o manejo e não sobre a interpretação. Esse último grupo de pacientes são aqueles que mais se beneficiam da regressão à dependência, como no caso de Vanessa.

Segundo Winnicott (1954, p.467), “a teoria aqui proposta é a da regressão como parte de um processo de cura, na verdade como um fenômeno normal que pode ser produtivamente estudado em pessoas saudáveis”. Pode-se compreender, portanto, que a regressão também se adequa ao atendimento de pessoas saudáveis, tendo em vista que na saúde as falhas ambientais precoces são lidadas, dentre outras formas, a partir do congelamento da situação da falha. Em pessoas muito doentes, há pouca esperança de que essa falha possa ser de fato experienciada dentro do contexto de um ambiente suficientemente bom. O analista, então, deve fazer um movimento ativo rumo às necessidades mais primitivas do paciente, similar a uma preocupação materna primária característica da dependência absoluta. A regressão, da qual trata Winnicott como técnica terapêutica, não deve ser confundida com outros estados, como retraimento patológico e outros tipos de cisão como mecanismo de defesa, como dito anteriormente. A regressão da qual Winnicott fala é aquela que comporta “dentro de si a esperança por uma nova oportunidade de descongelar a situação congelada – e uma oportunidade também para o ambiente” (1954, p.470).

Winnicott postula a seguinte compreensão: o paciente psicótico vivenciou falhas ambientais em um estágio do desenvolvimento emocional muito precoce, a partir das quais há o desenvolvimento de um falso *self* como proteção do verdadeiro *self*. Diante disso, há a necessidade de reproduzir as técnicas de maternagem dos primeiros momentos de vida do bebê dentro do *setting* analítico. No entanto, para que essa reprodução seja possível há a exigência de uma construção de confiabilidade. É importante compreender a regressão, nesse contexto, como “um retorno organizado à dependência inicial ou à dupla

dependência” (1954, p. 474). Nesse retorno, o paciente e o analista fundem-se com o objetivo de permitir vivenciar a situação original. A partir dessa vivência será possível que o verdadeiro *self* possa enfrentar as falhas ambientais sem a organização de defesas complexas, de maneira que o processo de amadurecimento emocional, até então paralisado, volte a progredir. Com o descongelamento da falha ambiental, o paciente poderá expressar, por exemplo, raiva, experienciada pela primeira vez e sentida agora no presente.

Winnicott, em seu artigo “A importância do *setting* no Encontro com a Regressão na Psicanálise” (1964/1994), reforça a importância da provisão e do manejo do *setting* no caso de pacientes de tipo borderline, tendo esse aspecto mais relevância do que as interpretações. Discutimos o papel do *setting* no tópico anterior, mas é importante ressaltar que, durante a regressão à dependência, o manejo do *setting* é ainda mais primordial e constitui uma tarefa árdua. Segundo Winnicott, há um ponto em que o analista poderá – e deverá! – dizer se tem condições internas para acompanhar seu paciente em um processo regressivo. As demandas emocionais e de trabalho do analista são altas durante a regressão à dependência e é importante que este reconheça quando não será possível suportar antes mesmo do processo iniciar. Caso o paciente regrida, as falhas do analista poderão ter consequências graves para a análise. Cuidados com o *setting* deverão ser primordiais, a fim de que o ambiente continue sendo confiável durante o atendimento das necessidades mais primitivas do paciente. Winnicott conta em seu artigo o exemplo de um caso clínico, durante o qual falhou e, por pouco, não teve consequências desastrosas.

Durante o atendimento de uma paciente, Winnicott preocupava-se em manter o *setting* idêntico, em todas as sessões. As cortinas ficavam fechadas, havia um objeto em cima da mesa e perto dele sempre colocava alguns papéis. Em determinada sessão, por descuido, deixou os papéis em cima do objeto na mesa, em vez de ao seu lado. A paciente, ao entrar no consultório, nota a mudança e reage, o que é considerado um completo desastre para o acompanhamento. Durante a sessão, a paciente acalmou-se aos poucos e perguntou o que havia nela que fazia com que as pessoas se comportassem tão mal. Winnicott, então, conta o que aconteceu com ele e que isso teria relação com uma motivação inconsciente. Nesse caso, o erro residiria dentro dele, não

consistindo uma reação a algo na paciente. Complementa, ainda, que ela desejaria que o erro estivesse nela, pois, nesse caso, teria controle sobre a situação, uma vez que poderia provocar mudanças em Winnicott a partir de mudanças em seu próprio comportamento. A paciente, então, relembra de seu pai e que somente com muito trabalho interno pôde compreender que o comportamento dele não era fruto de reações a algo nela, mas uma característica dele próprio. A partir disso, Winnicott diz “A coisa é que esse é o jeito que sou e, se você continuar comigo, descobrirá que farei coisas semelhantes, com motivação consciente, de novo, porque é assim que sou” (1964/1994, p.79). Com isso, pôde enunciar suas próprias imperfeições, apontando para sua qualidade humana, e localizando no ambiente a falha.

Temos novamente o exemplo clínico de Pedro, menino de 4 anos atendido por Slaviero (2017). Como já dito anteriormente, o menino, segundo os pais, vinha se mostrando “travado”, quieto e contido, além de apresentar muito ciúmes do irmão mais novo. A mãe, preocupada, revelava que pela chegada inesperada desse irmão, não conseguiu dar colo ao Pedro, que ainda era muito novo e requisitava cuidados. Quando chegou para ser atendido, apesar da normalidade com que os pais descreviam seu desenvolvimento, Pedro vinha apresentando dificuldades para dormir sozinho, tendo sono agitado e, com frequência, procurando os pais no meio da noite. A mãe queixava-se da indiferença emocional dele com relação às reclamações de sua professora: não se afetava e não se sentia mal com as queixas e correções que ela fazia. Pedro também não demonstrava afeto e apego, em geral. Ao atendê-lo, Slaviero notou sua polidez, educação e o cuidado em não incomodar. No início dos atendimentos, a analista disponibilizou uma caixa lúdica, na qual Pedro encontrou um brinquedo que chamou sua atenção: uma pequena abóbora com rodinhas. Sempre ao iniciar as sessões, checava se a pequena abóbora estava lá, porém não brincava com ela. Somente a partir da escolha desse pequeno carro de abóbora que fazia com que sentisse aquele ambiente como confiável, começou a brincar. Aos poucos, com o desenvolvimento de uma confiabilidade, Pedro passou a expressar sua agressividade, com lutas de espadas, “picotadas” de papel, entre outras brincadeiras.

A luta de espadas de plástico travada com a analista durou alguns meses, momento que foi seguido por um período em que Pedro regrediu à dependência. Primeiramente, Pedro brincou imitando um bebê deitado no divã, afirmando que precisava de comida e que estava com frio. Pedia para que Slaviero o cobrisse com a manta e para levar leite para ele. Pedro pôde regredir a estados muito anteriores de seu desenvolvimento, até chegar à dependência quase que absoluta. Solicitou que Slaviero exercesse funções maternas primárias em todas as sessões, demandando cuidados: que o colocasse para dormir, que o vigiasse enquanto dormia, que o pegasse no colo e o carregasse até seu berço. Ainda, na condição de um pequeno tigre com a pata ferida, pedia para a analista pegar remédios e o ajudar. Ao final da sessão, Pedro se recuperava desse estado, voltando a ser o menino de 4 anos.

Winnicott, em seu artigo “O conceito de regressão clínica comparado com de organização defensiva” (1967/1994), elucida a ideia de uma organização defensiva complexa que é desenvolvida frente a ameaça de aniquilação gerada pelas repetidas falhas ambientais. Essa organização defensiva é o que gera os estados esquizoides que, frente a uma ansiedade impensável, tornam-se invulneráveis. Esses pacientes parecem funcionar razoavelmente bem, mas diante de uma nova provisão ambiental e com a construção da confiabilidade, podem tornar-se vulneráveis novamente. Sendo assim, a regressão acontece porque o paciente está podendo confiar no ambiente, ou seja, o paciente só poderá entrar em contato com um ego tão frágil porque está em um ambiente em que não precisa fazer uso de suas defesas organizadas. É nesse contexto de confiabilidade e de regressão que as necessidades irão emergir para, então, serem cuidadas. É interessante notar que os sintomas, para Winnicott, surgem em análise porque o paciente está podendo ter a experiência de cuidado.

Voltando a Vanessa, ela inicia seu acompanhamento comigo em um estado de vulnerabilidade, ou seja, suas defesas não se encontravam invulneráveis como aponta Winnicott. Em seu encontro comigo, suas defesas estavam em colapso. Portanto, Vanessa não chega com uma defesa esquizoide organizada, mas sim invadida. No momento em que estava podendo confiar no processo com seu antigo terapeuta, seu ambiente desaparece de forma traumática. Sendo assim, inicio o acompanhamento de Vanessa em um

momento em que ela não estava podendo confiar em seu ambiente a fim de que pudesse fazer uso dessa nova provisão ambiental. Com as defesas em colapso e sem confiabilidade, via-me impelida a oferecer, de forma ativa, a maternagem que Vanessa necessitava.

6.3 O Analista diante do Nada ao Centro:⁷ as funções antitraumáticas

Como mencionado anteriormente, Winnicott defende a ideia de que o bebê nasce em profundo desamparo, requerendo os cuidados integrais da mãe. Durante os primeiros meses, vivencia um estado de dependência absoluta que o coloca vulnerável ao trauma, de maneira que o ambiente é convocado a exercer funções antitraumáticas para, assim, garantir o pleno desenvolvimento psíquico. Dentre essas funções antitraumáticas do objeto primário, pode-se citar o apoio e a sustentação contra a angústia de cair, função de ego auxiliar e construção dos limites do corpo, oferta de uma zona amorfa e de lugar para brincar. É necessário também que a mãe crie um ambiente no qual a criança possa desenvolver a capacidade de esperar e que ela exerça a função de espelho, durante a qual reflete o bebê e seus estados internos. Como dito acima, todas as funções que são desenvolvidas no campo da intersubjetividade são convocadas a aparecer aqui. Isso implica a oferta de uma intersubjetividade transubjetiva, interpessoal e traumática (CINTRA, 2003). Todas essas funções representam diferentes aspectos do *holding* nas primeiras etapas de desenvolvimento psíquico e podem ser associadas a algumas funções do analista em casos de pacientes borderline.

Diante de pacientes que apresentam uma estrutura egóica precária, faz-se necessário retomar etapas anteriores do desenvolvimento para uma retomada do processo de amadurecimento. Em análise, isso poderá ser alcançado a partir de um processo de regressão à dependência, durante o qual o analista exercerá funções semelhantes a de uma mãe-ambiente, embora não idênticas. Logo ao receber um paciente traumatizado, cabe ao analista dar amparo e sustentação aos afetos que se apresentam no encontro analítico,

⁷ O termo “Nada ao Centro” refere-se ao texto “Nada ao Centro” (1949), presente na obra “Explorações Psicanalíticas” (1994), de Winnicott.

permanecendo disponível para acolher e atender as suas necessidades. Diante desse primeiro cenário, é possível estabelecer uma relação de confiança. É somente por meio desta que será possível estabelecer o processo de regressão à dependência, o que depende do desenvolvimento e da interação das três formas de intersubjetividades acima mencionado.

Portanto, podendo confiar em seu analista e no encontro analítico, o paciente poderá entrar em contato com suas necessidades mais arcaicas com a segurança de que o ambiente estará lá para protegê-lo de angústias primárias, como o medo de cair para sempre. Um analista com uma escuta atenta, interessado, acolhedor e implicado trará a sensação de que existe alguém para segurá-lo e sustentá-lo. Um paciente traumatizado possui como base um ego fragilizado, tornando difícil sustentar-se por si só. Diante disso, o analista deverá exercer a função de ego auxiliar, dando a noção de limites. Ao dar a noção de espaço e de limites, ou seja, criando-se um espaço potencial estabelecem-se as condições para a construção de um lugar psíquico. Aí começará toda a matriz simbólica das brincadeiras ao pensamento metafórico. A noção de limite é construída a partir da criação do *setting* analítico, de maneira que o paciente sinta “a firmeza, o comprometimento e a estabilidade do espaço analítico” (CINTRA, 2003, p.45).

Desse modo, Winnicott estabelece que a sustentação oferecida a partir da função de ego auxiliar deve ser feita sem forma definida, de maneira a permitir o gesto espontâneo do bebê. Dentro de uma zona amorfa, portanto, a mãe atende às necessidades do bebê, estando atenta aos seus movimentos. Segundo Cintra (2003, p.41),

[...] esta sintonia com o timing infantil exige capacidade de observar os ritmos da criança, mantendo uma leve hesitação, ou seja, entrar no compasso do outro, com pequenos intervalos de espera antes de agir, não se precipitando nem se retardando demais para atendê-lo.

Essa sintonia, ao longo do tempo, leva o bebê a poder esperar pelo atendimento materno às suas necessidades, pois houve a construção da confiança básica de que o ambiente estará lá para ampará-lo quando necessário. Na clínica dos pacientes difíceis é comum a presença de falhas nessa sintonia. Quando há falhas perde-se a esperança de que o objeto reaparecerá para dar

apoio e continência. Diante disso, não desenvolvem a capacidade de espera e não podem esperar em estado relaxado e tranquilo. Ao contrário, sentem angústias arcaicas, como a angústia de aniquilação. Cabe, portanto, ao analista, permanecer atento aos movimentos de seu paciente, esperando para que suas necessidades se apresentem para, assim, atendê-las. Essas necessidades podem ser desde a necessidade de silêncio e um olhar de amparo em contraponto a interpretações até a necessidade de um contorno e um limite bem estabelecido, variando de caso a caso e de momentos na análise.

Conforme as necessidades do paciente são atendidas em análise é possível proporcionar, em certa medida, uma dose de ilusão de onipotência, tão necessária para que se crie esperança no futuro, bem como em sua própria análise. Reconstituir essa dimensão do *holding* permite que o paciente, aos poucos, possa crer na possibilidade de enfrentar e superar as dificuldades da vida cotidiana, a partir de seus próprios recursos, apesar de toda a limitação e impotência diante da complexidade de certos eventos. Segundo Cintra “é preciso acreditar em alguma possibilidade de sucesso para que se possa desejar fazer alguma coisa” (CINTRA, 2003, p.42).

A oferta de um ambiente de sustentação também implica desempenhar a função de espelho, a qual pode ser definida como a capacidade que a mãe tem, a partir do estado de preocupação materna primária, de entrar em ressonância afetiva com seu bebê. Diante disso, será possível transmitir a mensagem de que o bebê é tudo para alguém, a partir dos toques, olhares, a melodia, ritmo e velocidade da voz. Ver-se refletido no olhar da mãe é fundamental para integrar corpo e psique, imagem e palavra, sentir e pensar. Um analista atento em sua escuta e vivo em sua presença permitirá que o paciente possa ver-se em seus olhos, criando uma ressonância afetiva no *setting* e possibilitando a experiência de sentir-se vivo e real.

Contribuindo com as ideias de Winnicott acerca das funções anti-traumáticas do ambiente primário, Roussillon (2022) afirma que, diante de pacientes traumatizados, o analista deve se perguntar qual a origem dessa vulnerabilidade narcísica. É possível, na escuta clínica, identificar indícios de ruídos e falhas na comunicação primitiva, de maneira a levantar a hipótese

acerca de uma comunicação que fracassou ou que perturbou a criança, o que corrobora com a noção de trauma em Winnicott.

Dentre as hipóteses possíveis relativas as vivências primitivas de pacientes traumatizados, pode-se citar a existência de um desamparo, sentido pelo bebê quando está sozinho com aquilo que está vivendo. Ou seja, quando está lidando com as excitações, internas e externas, mas que o aparelho psíquico ainda não consegue integrar e metabolizar, dada a precariedade do psiquismo nessa etapa do desenvolvimento. Se um adulto consegue comunicar o que o bebê está vivendo, ele se sente menos só e começa a entender que este é um tipo de linguagem, de comunicação (ROUSSILLON, 2022).

Como mencionado anteriormente, se o ambiente responde quando o bebê o procura, ocorre a ilusão de onipotência. No entanto, o bebê nunca encontrará exatamente a mesma vivência ocorrida na vida intrauterina. Depois do nascimento, o ambiente tenta se ajustar da melhor forma possível ao que supõe ser a expectativa do bebê, mas nunca consegue atingir esse ideal. Sendo assim, o bebê depara-se com a sua própria impotência e o limite do que pode criar e receber. No melhor caso, o bebê se ajusta e aceita a distância entre o que alucina e o que é apresentado pelo seu ambiente. Vivenciar a impotência dessa forma permite que ele comece a ter uma ação sobre o mundo, ou seja, ele adquire a capacidade de transformar em perfeito o seio relativamente imperfeito que lhe foi oferecido. Mas, para tanto, essa distância entre o real e o alucinado não pode ser maior do que as capacidades do bebê para elaborar e isso dependerá do nível de integração no qual ele se encontra e o tamanho da distância entre “criado e encontrado”. A impotência é necessária, mas se torna traumática quando essa distância é maior do que as possibilidades do bebê.

Roussillon (2022) afirma que o bebê só pode renunciar à tentativa de encontrar algo exatamente idêntico ao que já foi vivenciado na etapa intrauterina, se teve a oportunidade de ter tido um ambiente suficientemente bom. Um ambiente suficientemente bom é capaz de oferecer ao bebê experiências suficientes de encontrar aquilo de que necessita, dando continuidade à vivência de totalidade tida no ambiente intrauterino. Isto facilitará que ele gradualmente renuncie a encontrar ao objeto ideal dos primórdios.

Diante disso, Roussillon afirma que não cabe ao ambiente assumir a posição do todo. Nesse sentido, a tentativa do analista de buscar uma resposta é mais essencial do que a boa interpretação. Isso implica não atender a expectativa do todo que esses pacientes fragilizados e impotentes nos colocam, como salvadores, sendo essencial reconhecer e comunicar nossos limites. Winnicott diz “eu interpreto para fazer conhecer aos meus pacientes o limite do que eu estou incapacitado de compreender” (ROUSSILLON, 2022). Isso permite que o paciente possa elaborar a distância entre o real e o esperado, mas, agora, sustentado por um ambiente suficientemente bom. Além disso, é preciso que o analista possa acreditar que o processo de amadurecimento que está acontecendo, em análise, é fruto da própria tendência inata ao desenvolvimento do paciente. Não é o analista, nem seu controle sobre a situação, que trará o sentimento de existência. O analista é apenas um facilitador de um processo que pertence ao paciente.

Em “The Piggle: Relato do Tratamento Psicanalítico de uma Menina” (1977), Winnicott reconhece que algumas de suas interpretações foram dadas em momentos que a paciente ainda não estava madura psiquicamente o suficiente para recebê-las, por isso não pôde integrá-las. Reconhecer nossos próprios limites e comunicar isso ao paciente, mantendo uma busca ativa pela origem de seus sintomas e queixa, é essencial para que ele possa integrar os limites humanos sem cair no desamparo, como ocorrera anteriormente, e para que possamos refletir algo para ele da sua própria história e não de nós. Dar respostas e interpretações em excesso acaba por refletir a imagem do próprio analista e não do paciente, o que caracterizaria uma nova situação traumática.

O analista, portanto, deve ser aquele que vai procurar o que há por trás dessa fragilidade narcísica. Como no jogo de esconde-esconde, procura encontrar o que está escondido. Além disso, assim como o ambiente primário reflete a imagem do bebê para que ele possa integrar seus afetos mais brutos, o analista deve oferecer a função espelho a seu paciente a partir de uma comunicação mimo-gesto-postural.

psicoterapia não é fazer interpretações perspicazes e apropriadas; em grande medida, é devolver constantemente ao paciente aquilo que ele mesmo traz. Trata-se de uma complexa

derivação do rosto que reflete o que está lá para ser visto.
(WINNICOTT, 1971/2019, p.134)

Portanto, o trabalho analítico trata-se da tentativa de encontrar imagens e palavras, em uma medida possível para a dupla e de acordo com a capacidade do paciente para recebê-las e metabolizá-las. Às vezes, trata-se da capacidade de espera do analista, ou seja, sobre não fazer nada e tolerar o não-fazer. Contempla, também, a sustentação do silêncio, como um espaço potencial em que algo virá a ser.

A análise deve ser um trabalho de criação do próprio paciente. Portanto, é preciso esperar. Masud Khan (1983) utiliza o termo “deixar a terra descansar” para falar sobre um estado psíquico necessário ao analista. O termo reflete a importância que Winnicott dá a possibilidade de retorno ao estado de não integração (estados tranquilos) como base para o vir a ser, ou seja, para a experiência criativa. É nesse movimento de descansar a terra e criar, criar e descansar, que se desenvolve a esperança e, conseqüentemente, a capacidade de espera. Esta última implica a crença de que o objeto criado será encontrado. Segundo Gurfinkel (2016, p.40), “a espera implica a sustentação da esperança no tempo”, constituindo-se como condição para a capacidade de sonhar.

Poder oferecer em análise um ambiente de sustentação sem a imposição de necessidades do próprio analista, como no caso de interpretações excessivas, mas sim com a espera por gestos espontâneos do paciente, implica sustentar os silêncios, identificar-se com a necessidades do paciente e reconhecê-las quando surgem, bem como sustentar, conter e espelhar, permitindo que ele possa desenvolver a própria capacidade de deixar a terra descansar.

Gurfinkel (2016) traz a noção do sonhar como “a sustentação de um projeto no tempo futuro”. Diante da vivência traumática de uma impotência radical nos casos difíceis, como o caso Vanessa, a capacidade de sonhar entra em colapso, tendo em vista que a capacidade de espera não foi devidamente construída ou foi rompida. Tendo isso em vista, torna-se fundamental ao analista poder sustentar o processo no tempo, acreditando e mantendo a esperança por meio da própria capacidade de sonhar. Deixar a terra descansar aqui implica uma postura de reserva, porém viva. Isso significa manter-se em um estado de

repouso, mas com grande disponibilidade interna, de maneira a estar suscetível aos aspectos contratransferenciais. Dessa forma, é possível “escutar o silêncio”, como ponto de partida para a potencialidade criativa do paciente. Essa capacidade de sonhar do analista será trabalhado no próximo capítulo.

7. CONTRATRANSFERÊNCIA E A RESPOSTA TOTAL DO ANALISTA ÀS NECESSIDADES DO PACIENTE

O termo contratransferência tem sido utilizado a partir de diversas premissas, diante das quais o seu significado se altera. O termo carece de uma única definição e isso se deve a alguns fatores, de acordo com Margareth Little (1993). Dentre eles, destaca-se a existência, na psique, de inúmeros fenômenos que criam fronteiras e sobreposições, como as fronteiras entre eu e não eu, entre id, ego e superego, entre transferência e contratransferência. O método psicanalítico busca discriminar esses fenômenos, mas as delimitações são sempre imprecisas. Além disso, atitudes fóbicas ou paranoides por parte do analista, como o medo de se empatizar demais e de se perder no outro, tornam difícil acessar os conteúdos despertados pela contratransferência. Dada a complexidade desse fenômeno – transferência e contratransferência – e as múltiplas variáveis presentes, torna-se difícil constituir uma definição clara e unificada desses termos. No entanto, é possível partir do pressuposto de que o fenômeno contratransferencial é o conjunto de afetos e fantasias do mundo interno do analista, despertados na situação analítica a partir do encontro com o paciente. Veremos a seguir, as nuances na noção da contratransferência em Winnicott e Margareth Little.

7.1. A noção de contratransferência para Winnicott

Winnicott debruça-se sobre o tema da contratransferência com intuito de defini-la conceitualmente, bem como detalhar os cuidados e suas consequências diante dela. Segundo o autor, em seu texto “O Ódio na contratransferência” (1947/2021), o termo contratransferência é usado para definir a afetação dos sentimentos do analista durante o encontro analítico, revelando a existência de um conjunto de relações e identificações inconscientes no próprio analista. Considerando o contexto de uma análise tradicional, ou seja, de uma análise com pacientes neuróticos, a contratransferência pode constituir um obstáculo para o processo analítico. Nesses casos, o analista trabalhará na transferência as questões inconscientes do paciente, tendo como principal ferramenta de trabalho a associação livre do paciente, a escuta flutuante e a interpretação. A

contratransferência, nestes casos, deve ser elaborada em análise pessoal do analista a fim de que se torne possível trazer a consciência os elementos e afetos despertados pelo encontro, de maneira que não perturbem o curso do processo analítico (WINNICOTT, 1960). Sendo assim, usamos o termo contratransferência no contexto da análise para neuróticos e o analista não faz uso dela, mas está atento a essa ferramenta. Esse cuidado proposto por Winnicott se deve ao fato de que a noção de contratransferência, nesta época, ainda era muito vaga, com múltiplas definições. Essa noção vaga poderia, por vezes, autorizar o uso irrestrito dos afetos e mundo interno do analista, de forma indiscriminada, o que poderia implicar um obstáculo ao processo analítico. O analista correria o risco, frente a isso, de sentir que está usando a contratransferência a serviço da cura e do paciente, mas na realidade não estar.

Winnicott, no entanto, reconhece a importância do analista deixar-se afetar pelas emoções, pelos sonhos e pelas ideias, o que, em sua obra, ficará mais evidente quando ele defende a necessidade do analista manter-se vulnerável. Mas, a fim de evitar o uso indiscriminado dessa afetação, delimita o conceito e o uso no caso de paciente neuróticos e regredidos. O uso dos afetos despertados no analista no contexto analítico terá relevância nos casos de pacientes regredidos ou que precisam de regressão. A fim de que seja possível evitar confusões quanto a definição do conceito de contratransferência, Winnicott, então, delimita o campo dos afetos do analista e o seu uso nos casos de regressão como Resposta Total do Analista às Necessidades do Paciente, termo emprestado de Margareth Little.

Essa delimitação quanto ao conceito parece ser uma preocupação de Winnicott em outros trabalhos também. Em uma de suas cartas para Wilfred Bion, em Outubro de 1955, por exemplo, Winnicott ressalta sua preocupação com a utilização disseminada do termo “identificação projetiva” sem uma integração e concordância unificada acerca do seu significado dentro da Sociedade. Trago esta preocupação para exemplificar o contexto em que Winnicott estava inserido e um dos motivos pelos quais ressaltou a necessidade do termo contratransferência ser repensado e bem designado. Naquela mesma época, muitas ideias acerca do conceito estavam se disseminando, em um movimento ora de ampliação ora de restrição.

Dado esse contexto, Winnicott diz ser necessário e benéfico considerar os afetos e o mundo interno do analista, quando estamos diante de pacientes regredidos ou que precisam de regressão, em que aspectos psicóticos estão sendo ressaltados. Para o autor, é importante dar outro nome a essa realidade – Resposta Total do Analista às Necessidades do Paciente – como uma forma de delimitar o conceito de contratransferência e diferenciar o trabalho com pacientes psicóticos e borderline. Mais adiante, veremos que Margareth Little considera a contratransferência como parte da Resposta Total do Analista, apesar de Winnicott contrapor esses dois conceitos.

A fim de ampliar a discussão acerca da contratransferência, Winnicott propõe compreender primeiramente o significado da transferência. Segundo o autor, em uma análise tradicional, o uso da transferência e, assim, da neurose de transferência é o centro da técnica analítica, compreendendo um fenômeno subjetivo que se repete constantemente no encontro. Sendo assim, uma análise pode ser compreendida como a oferta de condições para o surgimento desse fenômeno, bem como a interpretação do mesmo no momento mais adequado. O analista convida o paciente a regredir e a transferir, e ao mesmo tempo se convida a entrar no campo da contratransferência. A interpretação consiste na tentativa do analista em relacionar o fenômeno da transferência a uma parte da realidade psíquica do paciente, o que implica, muitas vezes, relacioná-lo a uma parte de seu passado (WINNICOTT, 1960).

Para que seja possível a instalação da transferência no *setting* analítico, Winnicott aponta a necessidade de uma atitude profissional. Essa atitude profissional está sujeita a um amplo espectro de fenômenos subjetivos, o que o coloca em um tensão, sendo, portanto, imprescindível que busque sua análise.

A análise do próprio analista era com efeito um reconhecimento de que o analista estava sob tensão no momento em que tem que manter uma atitude profissional. É de propósito que eu uso essas palavras. Não estou dizendo que a análise do analista existe para liberta-lo da neurose, ela deve aumentar a estabilidade do carácter e a maturidade da personalidade de quem trabalha, sendo isso a base do seu trabalho profissional e de nossa habilidade para manter a relação profissional. (WINNICOTT, 1960/2022, p.205)

O analista sempre está atravessado por sua personalidade e afetos. Poderá, então, sentir raiva, amor ou medo, mas a análise e a elaboração de seus

estados internos permitirá não colocar em jogo plenamente o que está sentindo, correndo riscos de atuações, por exemplo. Existe uma analogia feita para descrever o papel do analista que é muito útil para exemplificar a tensão entre atitude profissional e o deixar-se afetar: o boneco João-bobo. Este boneco é um brinquedo inflável com a base de areia e que se o balançarmos, ele vai de um lado para o outro, sem cair e sempre voltando ao centro. A realidade desse brinquedo pode nos ajudar a pensar a dimensão da implicação e reserva, que Winnicott descreve como sendo a tensão entre atitude profissional e vulnerabilidade do analista. A análise do analista, portanto, trabalhará as defesas e inibições do analista, permitindo uma maior maleabilidade e elasticidade em suas atitudes. Winnicott ressalta que a transferência instala-se e pode ser usada a favor do paciente se, junto com uma atitude profissional, o analista mantiver uma atitude interna de vulnerabilidade, a partir de uma organização defensiva mais flexível (WINNICOTT, 1960/2022). Creio que essa vulnerabilidade refere-se à capacidade do analista em deixar-se tocar e sentir, permanecendo aberto ao outro. Roussillon contribui para essa discussão revelando que existem três níveis da análise: sentir, olhar e escutar (2012/2019). Penso que a vulnerabilidade do analista comporta esses três níveis.

A dinâmica entre a atitude profissional e a vulnerabilidade do analista pode ser encontrada no relato “Piggle: um relato do tratamento psicanalítico de uma menina pequena” (1977). Neste relato, Winnicott detalha o atendimento de Gabrielle, uma menina de dois anos e quatro meses de idade que era carinhosamente chamada de Piggle. A partir de uma carta dos pais, Winnicott tem acesso à história familiar e sintomas de Gabrielle: ela havia se desenvolvido de forma saudável até os vinte um meses de idade, quando sua irmã Susan nasceu. Com o nascimento da irmã, a menina passou a manifestar uma série de preocupações e sintomas. De acordo com a mãe, Gabrielle “não mais era ela mesma” (1977, p.27), recusando-se a ser Piggle e dizendo “Eu sou a mamãe. Eu sou o bebê” (1977, p.27). Junto a isso, mudava o tom de voz, não sendo possível reconhecê-la. Gabrielle relata também pesadelos assustadores, diante dos quais chamava a seus pais no meio da noite. Muito perturbada, dizia que estava sendo perseguida pela “mamãe preta” e pelo “babacar”.

Em meio às sessões iniciais, Winnicott pôde interpretar o babacar como o “lado de dentro da mãe de onde o bebê nasce” (1977, p.35), o que é prontamente aceito por Gabrielle. Logo após a interpretação, Gabrielle pegou uma das caixas e a encheu com todos os brinquedos, até transbordar. A caixa representava naquele momento a barriga de Winnicott, que era um bebê muito voraz e vomitava por ter se enchido demais. Winnicott recorda-se, então, de que havia dito logo antes desse movimento de Gabrielle que “fazer um bebê era como um balde que ficara cheio ao máximo, por ter comido vorazmente. Como o balde estava cheio demais, caía sempre alguma coisa.” (1977, p.36). Essa fala de Winnicott trazia à tona a fantasia de Piggie de que os bebês entravam na barriga da mãe da mesma forma que a comida e a possibilidade de que fosse possível vomitar a irmã da barriga da mãe. Buscando elaborar essas fantasias, Winnicott decide, na brincadeira, tornar-se o bebê voraz (1977, p.36):

W: Winnicott é o bebê de Piggie; ele é muito voraz porque gosta tanto de Piggie e de sua mãe, e comeu tanto que está vomitando.

Piggie: O bebê de Piggie comeu demais. [Falou então qualquer coisa sobre o fato de ter vindo a Londres num trem novo]. -

W: A coisa nova que você quer tem relação com o bebê Winnicott e a "mãe Piggie"; e Winnicott amando Piggie [a mãe], comendo Piggie e vomitando. -

Piggie: Sim, é.

Winnicott, podendo colocar-se no lugar do bebê voraz, permitiu que Piggie elaborasse o ódio pelo novo bebê, aliviando a fobia pela cor escura – preto – que era assustador porque representava o desconhecido, que é o que está dentro da barriga da mãe. Esse é um exemplo, dentro do caso, de como Winnicott pôde manter uma atitude profissional, uma vez que ele reconhece não ser o bebê, mas interpreta o papel de bebê voraz. Winnicott, então, entra em um teatro com Piggie, o que apresenta parte de sua elasticidade na técnica, bem como sua vulnerabilidade. No entanto, Winnicott não se perde em seu papel, conseguindo manter-se profissional ao pensar e analisar o que estava acontecendo na dinâmica entre ele e sua paciente.

A análise pessoal do analista permitirá, então, que ele possa executar “o trabalho que ele faz com sua mente” (WINNICOTT, 1960/2022, p.161). É natural que afetos sejam despertados, mas é trabalho do analista não deixar que eles

perturbem a escuta. As ideias e afetos, então, surgem no encontro e devem ser examinados em sua análise para que a interpretação possa ser feita. A interpretação, então, é feita a partir desse exame cuidadoso dos afetos despertados na contratransferência.

Dois tipos de casos podem alterar com facilidade a atitude profissional do analista: pacientes com tendência antissocial e pacientes que precisam de regressão, como os casos borderline. Nesses casos, é comum que surjam afetos muito intensos e perturbadores no analista, de maneira que possam irromper na situação analítica como reações não pensadas e não elaboradas. Winnicott considera que as respostas do analista em decorrência dos afetos despertados no encontro enquadram-se no que Margareth Little (1993/1981) denomina de resposta total do analista às necessidades do paciente (R), como dito anteriormente. A resposta total do analista pode ser compreendida não como resistência do analista frente a conteúdos inconscientes, mas um instrumento de trabalho em que os afetos e comportamentos suscitados revelam elementos acerca da vida psíquica primitiva do paciente e funcionam como um guia para condução do processo analítico. Mais adiante o termo R (Resposta total do analista às necessidades do paciente) será retomado.

No caso de pacientes que precisam de regressão, é preciso que eles vivenciem um período de dependência absoluta durante a análise. Uma vez em processo de análise, é possível que surja uma situação que leva certos pacientes a ter uma experiência de “breakdown” (BOLLAS, 2013), levando-os a uma regressão, ou seja, as defesas que tentavam sustentar um ego muito fragilizado se rompem, de maneira que o analista deverá exercer algumas funções maternas, com intuito de constituir um espaço potencial que favoreça a integração de aspectos do psiquismo. Durante esse período, é importante que, enquanto uma parte do analista regride, junto com seu paciente, a outra se mantenha organizada. A transferência, então, é dominada pela necessidade do paciente de regredir à dependência e a técnica do analista, bem como sua atitude profissional é atravessada por essa necessidade. O analista é convocado aqui a estabelecer uma relação primitiva direta, que acontecerá pouco a pouco e a dupla poderá se recuperar desse estado de fusão parcial gradualmente (WINNICOTT, 1960/2022).

Apesar de Winnicott compreender a contratransferência como um obstáculo e não enfatizar tanto seus aspectos positivos como Margareth Little faz, é possível notar uma certa intuição do autor de que existe uma parte dela que pode ser usada a favor do paciente. Isso pode ser notado a partir de seu apontamento a respeito da existência das respostas totais do analista às necessidades do paciente, enfatizando seu uso no caso de pacientes que precisam de regressão. Há o reconhecimento de que existe algo, suscitado no analista, que pode estar a serviço do paciente e que não se resume a um obstáculo. Com Margareth Little, como veremos a seguir, ficará mais claro os benefícios da contratransferência, a qual não será, para a autora, separada das respostas totais, mas sim parte delas.

7.2. A noção de contratransferência para Margareth Little

Margareth Little (1993/1981) concorda, em suas primeiras formulações, com a definição estabelecida por Winnicott para o termo contratransferência complementando, ainda, que ela contempla “elementos reprimidos no próprio analista que se ligam ao paciente da mesma forma que o paciente transfere para o analista afetos pertencentes a seus pais ou aos objetos de sua infância” (1993/1981, p.34). A contratransferência refere-se a uma parte específica da resposta total do analista às necessidades do paciente. Enquanto a resposta total do analista, como veremos mais adiante, refere-se à totalidade das atitudes, conscientes e inconscientes, e do comportamento do analista com relação a seu paciente, a contratransferência restringe-se apenas ao inconsciente reprimido.

No caso de pacientes neuróticos, a contratransferência, apesar de significar um obstáculo à análise, não representa uma grande ameaça, tendo em vista que os afetos e pensamentos que emergem na mente do analista podem ser examinados e depurados mais facilmente antes de uma interpretação para, então, serem usados sem atuações do analista. No entanto, pacientes borderline, que Little chama de pacientes do tipo imprevisíveis, muitas vezes, não permitem esse tipo de depuração tão facilmente. A autora elenca dois motivos pelos quais o trabalho com esses pacientes torna-se desafiador, em comparação ao atendimento de pacientes neuróticos. O primeiro diz respeito ao

fato de que muitas interpretações permanecem sem fazer sentido ao paciente. É possível que o paciente concorde, por confiar em seu analista, mas ele continuará agindo como se a interpretação nunca tivesse sido enunciada. O segundo motivo revela que, nesses casos, muitas vezes, não temos tempo suficiente para depurar e examinar o que está acontecendo antes de dar uma resposta, a fim de prevenir que o paciente se coloque em risco a partir de suas atuações. Neste último caso, a resposta que o analista fornece pode ter um efeito interpretativo, sendo necessário comunicar ao paciente algo da realidade que ele não está conseguindo perceber por conta própria (LITTLE, 1993/1981). A fim de elucidar as dificuldades acima mencionadas, Little apresenta um caso clínico de uma paciente psicótica em seu texto “The Positive Contribution of Countertransference”, que relato a seguir.

Durante uma sessão com sua paciente, foi possível escutar uma discussão da faxineira de Little com alguém na porta do consultório. A paciente interrompeu sua fala e aguardou a discussão cessar. Em seguida, questionou Little acerca do que ela estava pensando, tendo em vista que havia identificado uma expressão em seu rosto já visto outras vezes, mas não sabia o que significava. Após pensar e elaborar o questionamento, Little responde: “eu estava pensando que eu gostaria de bater a cabeça das duas uma na outra”. A paciente riu e revelou ter compreendido naquele exato momento o que Little dizia sobre a diferença entre pensamento e ação, ou seja, que pensar em bater a cabeça das pessoas uma na outra não significa batê-las de fato. Essa compreensão havia sido enunciada por diversas vezes por Little, mas nunca havia feito sentido para a paciente, de maneira que ela continuava compreendendo que pensar sobre algo e executar era a mesma coisa que fantasiar sobre isso.

Em outro momento da análise, essa mesma paciente chegou ao consultório muito agitada e agressiva, dizendo que quebraria um vaso de flores. Sem tempo para pensar no que poderia dizer e cansada de sustentar estes estados de raiva e agitação, Little diz: “Eu matarei você se quebrar o meu vaso” (1993/1981, p.131). Após um período de silêncio, Little percebe que sua paciente havia compreendido que de fato poderia matá-la e verbaliza esse receio a ela. Sua paciente confirma, dizendo que havia ficado com medo, mas que também

havia gostado, tendo em vista que sabia que ela havia sentido algo e muitas vezes achava que ela não sentia nada. Little pôde explicar que se tratava de um vaso importante para ela e lembrou seu comentário sobre desejar bater a cabeça das duas pessoas uma na outra, de maneira a elucidar que existe uma distância entre verbalizar e pensar uma ação e efetivamente realizá-la. O efeito dessa intervenção levou a paciente a compreender que aquilo que ela havia desprezado tinha valor para outras pessoas. Dessa forma, seu julgamento acerca do mundo e das coisas não era infalível e Little defenderia o que era importante para ela, incluindo sua paciente. Por fim, Little mostrou que seus sentimentos e os da paciente a respeito de uma mesma coisa poderiam ser diferentes e que elas poderiam sobreviver à separação e diferença entre as duas.

Nesta última parte do caso, Little parece começar a vislumbrar, na prática clínica, que a contratransferência pode ter aspectos positivos, como os que surgiram com sua paciente. Poder repensar a contratransferência faz parte da história da psicanálise no que concerne aos movimentos de restrição e ampliação do seu uso. Se tomarmos esse evento descrito no caso isoladamente, o mesmo poderia estar sujeito a críticas, mas se considerarmos que o evento faz parte de um movimento em que se buscava ter mais liberdade no uso da contratransferência, ele terá muito sentido e será possível considerar que para aquela paciente produziu benefícios. A forma com que Margareth Little expressou sua raiva, no caso, estaria na fronteira entre um ato psicanalítico e uma atuação, mas essa fronteira é difícil de ser traçada com precisão. Considerando que Little estava dentro desses movimentos de ampliação do conceito de contratransferência, é possível considerar que sua fala demonstra os efeitos positivos de seu uso. O exemplo citado acima revela a necessidade que esses casos possuem de que o analista se permita fundir-se com seu paciente. Little regrediu, junto com sua paciente, a um estágio primitivo, em que prevalecem os processos primários, ou seja, em que primeiro surge a ação e posteriormente é possível pensar sobre ela e compreendê-la. No entanto, é importante ressaltar que apenas parte de Little regrediu e que era possível retornar desse estado sem grandes dificuldades, quando necessário, o que difere do estado regressivo de sua paciente. Sendo assim, é possível compreender que no mais íntimo dos pacientes regredidos o fazer vem antes do

significar, o que leva o analista a questionar-se mais em relação ao que ele está fazendo e porque está fazendo algo, do que propriamente com relação ao que e o por que seu paciente está fazendo.

É possível compreender, portanto, a reação de Little frente a sua paciente como uma contratransferência, sendo esta, parte da resposta total do analista às necessidades de sua paciente. A autora reforça a existência de uma parte inconsciente do ego que funciona como o ego, exercendo algum controle sobre os impulsos do id (defesas). Em decorrência disso, a análise ocorrerá não apenas na parte consciente, mas como uma atividade do ego inconsciente. No caso relatado, Little apenas disse que mataria sua paciente, mas não o faria, e, em decorrência disso, foi possível obter um efeito interpretativo. Penso que o caso relatado revela a espontaneidade e a veracidade de Little em expressar exatamente o que estava sentindo.

É importante diferenciar a expressão verbal de sentimentos de uma reação em ato. Há situações em que uma reação em um nível primitivo pode ser benéfica, uma vez que permite o paciente ter acesso a uma interpretação que remete a uma figura. O ato do analista permite que o paciente faça um melhor uso de seu psiquismo e se aproprie subjetivamente de sua realidade psíquica. Isso se deve ao fato de que o paciente regredido está mais conectado ao fazer, de maneira que o ato analítico, ou uma reação, leva a uma melhor compreensão do paciente do que uma fala (para tanto seria necessário que o campo do simbólico estivesse mais desenvolvido). As reações podem atingir um ego que está fechado às interpretações, abrindo caminho para que elas sejam feitas e tenham sentido posteriormente. Para que elas possam ser usadas a favor do paciente, é importante que sejam seguidas de uma interpretação, caso contrário, o ego poderá fechar-se novamente e a resistência aumentará. É importante que os analistas se tornem conscientes de seus afetos para que possam ser expressos, direta ou indiretamente.

É possível compreender, então, que, apesar dos riscos da contratransferência, há grande importância em seu reconhecimento e uso. Um dos pontos positivos seria o fato de que o analista pode sentir raiva de seu paciente, tomar consciência disso, e não entrar em ação efetivamente (no caso

relatado, matando a paciente, por exemplo). Little pôde também aceitar o desejo da paciente de quebrar algo de valor para ela e não se vingar ou retaliar, ou seja, sobreviveu aos ataques da paciente, mas comunicando sua raiva. Isso diz respeito à necessidade do paciente de que seu analista sobreviva e continue criativo, mostrando-se vivo e real ao comunicar seus sentimentos.

Pode-se compreender, portanto, que existem tanto perigos como contribuições na contratransferência, principalmente no que concerne ao atendimento de pacientes que precisam de regressão, dada a intensidade dos afetos em meio à loucura a céu aberto. Para discutir a problemática da contratransferência, Little apresenta outro caso clínico em seu texto “Countertransference and The Patient’s Response” (1993)). O caso é de um paciente que perdeu sua mãe recentemente e é convidado para dar uma palestra em uma rádio a respeito de um assunto de interesse do analista. Na época, o paciente não estava se sentindo disposto para proferir a palestra, por conta de seu luto, mas não poderia alterar o combinado. No dia seguinte, chegou ao consultório para sua sessão em um estado de ansiedade e confusão. O analista interpretou que esse estado foi ocasionado pelo medo do paciente de que seu analista estivesse com inveja do seu sucesso e que pudesse privá-lo de seu êxito e de seus resultados. No momento, a interpretação foi aceita e a análise prosseguiu. Dois anos depois, com a análise interrompida, o paciente estava em uma festa na qual não conseguia sentir prazer. Percebeu que se tratava de uma festa uma semana após o aniversário de morte de sua mãe. De repente, compreendeu o que havia acontecido no momento de sua palestra para a rádio, dois anos antes: estava triste porque sua mãe não estava lá para desfrutar do seu sucesso e sentia culpa por ter aproveitado sua festa enquanto sua mãe estava morta. Ao invés de viver o luto pela sua falecida mãe, comportou-se como se tivesse negado o acontecimento, quase de uma forma maníaca. Assim, pôde compreender que a interpretação dada na época foi a interpretação correta para seu analista que, na verdade, tinha de fato ficado com inveja de seu paciente e a culpa inconsciente do analista levou-o a dar essa interpretação inapropriada. Agora, o paciente poderia aceitá-la de uma forma diferente e como verdadeira para si, tornando consciente sua inveja do sucesso do pai junto à mãe e a culpa por ele mesmo ter tido um sucesso que poderia ser vivido como sucesso junto à

mãe. Esse sucesso, por fim, poderia despertar a inveja do pai, que poderia privá-lo. Sabe-se, na história de vida deste paciente, que seu pai de fato sentiu inveja de sua relação enquanto bebê com a mãe. Então, o comportamento do analista, ao dar uma interpretação inapropriada, a partir dos seu próprio sentimento de inveja inconsciente e posteriormente da culpa frente a ela, deve ser atribuído à contratransferência.

A partir desse caso, segue-se a reflexão acerca do medo que muitos psicanalistas tinham (e muitos ainda têm) de interpretar a contratransferência, o que, por sua vez, poderia ser causa de atrasos nos avanços da psicanálise. Little questiona-se: “Se pudermos fazer um uso correto da contratransferência, não poderemos descobrir que dispomos de outra ferramenta extremamente valiosa, se não indispensável?” (1993, p.36 – tradução minha).

A partir desse questionamento, a autora levanta que, apesar de tratar a contratransferência como os elementos inconscientes no próprio analista, nem todo elemento inconsciente e nem toda repressão é patológica. Além disso, as fronteiras entre normal e patológico, consciente e inconsciente, transferência e contratransferência não são claras e ambos os polos existirão simultaneamente durante o encontro analítico. Sendo assim, uma contratransferência é diferente de outra, variando a cada momento de acordo com o paciente e com o analista, o que torna a discussão mais complexa, não sendo possível classificar a contratransferência apenas como positiva ou só como perigosa. Existem riscos, mas também benefícios, a depender do uso (correto) que se faz dela.

Sendo assim, o paciente poderá ser estimulado a responder à contratransferência usando-a progressivamente para um bom propósito ou explorando-a repetitivamente a depender da atitude do analista com relação a seus próprios impulsos do id e sentimentos.

A contratransferência pode ser compreendida como um produto de todas as dimensões inconscientes: o reprimido, a dimensão inconsciente do ego e do superego e o id.⁸ O inconsciente insiste, de maneira que a compulsão à repetição

⁸ Para Freud, tudo o que é inconsciente na relação com o paciente está dentro da contratransferência e, para Margareth Little, o lugar da contratransferência é um lugar estritamente relacionado a primeira tópica, em que o inconsciente está no reprimido. Hoje

pode se fazer presente. Ainda, a contratransferência é assumida como uma formação de compromisso, à medida em que une consciente e inconsciente.

Enquanto formação de compromisso, uma face saudável de querer curar um paciente, que pode ser compreendido como benéfico à análise, pode se aliar ao desejo de ser um grande analista, uma face patológica do narcisismo, dificultando o curso do tratamento. Caso o analista queira reparar de maneira maníaca, ou seja, queira curar seu paciente de forma compulsiva, não é possível criar condições para que ele seja independente e eventualmente deixe a análise, diante de uma melhora. Existe uma face do desejo de que o paciente esteja bem que pode ser considerada da saúde e, para isso, é preciso que o analista tenha uma disposição inconsciente para esperar o *timing* do paciente em sua melhora.

Algum nível de insistência e resiliência é importante, de maneira que o analista possa tolerar melhoras e pioras frente aos impulsos reparadores. Os impulsos reparadores do analista só serão prejudiciais se o mesmo estiver à serviço do narcisismo do analista, mas, em condições normais, assumirá a forma de uma desobstrução das angústias para serem efetivamente interpretadas e, então, elaboradas. Pode-se compreender, então, que de um lado estamos diante da desobstrução de angústias como motor da análise, de outro estamos diante de uma análise que traumatiza, não deixando o paciente ir embora.

A indisposição inconsciente do analista em deixar seu paciente ir embora pode assumir diversas formas, dentre as quais a análise pode transformar-se em racionalização. Além disso, exigir que o paciente não atue fora da análise, as vezes, pode impedir que ele desenvolva relações extra-analíticas que seriam importantes para a sua melhora, representando uma evidência do fortalecimento de seu ego. No entanto, o analista pode impedir que o paciente “ame alguém além dele” (LITTLE, 1993, p.38 – tradução minha), aliando-se com o superego do paciente a partir do seu próprio superego. Nesse sentido, o analista está exigindo ser a única causa da melhora de seu paciente. Little cita que certas interpretações que seriam as mais adequadas podem, nesse contexto, ficar menos acessíveis à mente do analista, fruto desse movimento inconsciente de

sabemos que o inconsciente abarca mais do que o reprimido, temos, por exemplo, o clivado e outras dimensões.

indisposição do analista. O paciente possivelmente aceitará a interpretação “menos correta”, por medo ou submissão, com um efeito positivo imediato. Apenas posteriormente será possível observar que o efeito tido não era o esperado e que a resistência do paciente aumentou e a análise se prolongou.

No entanto, no caso de pacientes psicóticos e borderline, é preciso ter um olhar mais minucioso a respeito da problemática da indisposição inconsciente em deixar o paciente ir embora. É comum, nesses casos, que o paciente não desenvolva uma estrutura egoica suficientemente forte para sustentar-se na vida sozinho. Nesse sentido, é possível que algum grau de dependência do analista seja mantido, por meio de sessões de manutenção, por exemplo. Aspectos do analista que estão em contato com a realidade psíquica e com a realidade compartilhada ficam à disposição do paciente, que poderá entrar em contato com os aspectos mais saudáveis do analista e fazer uso disso.

No curso de uma análise, para que se possa fazer uso da contratransferência, é importante que o analista possa identificar-se com seu paciente, abrindo-se para a experiência da empatia ao mesmo tempo que tenta manter o que Little chama de desapego. A empatia é a capacidade do analista de “sentir com” seu paciente, tornando-se “um” com ele. Segundo Cintra (2017), sentir empatia refere-se “ora à habilidade de ‘projetar-se para dentro’ do mundo de sofrimento, paixões e sensações do outro, ora à possibilidade de ‘trazer para dentro de si’ o que o outro está vivendo, colocando-se em seu lugar” (p.18). Essa experiência leva a um estado em que os limites entre o eu e o outro, entre analista e paciente, não sejam tão precisos, mas, segundo Freud (1913), esse estado é imprescindível inicialmente para a condução de uma análise e para a instalação da transferência. Outros autores também retratam a importância da empatia, como Ferenczi (1928/1992) que denominou o conceito de tato psicológico para falar da capacidade de “sentir com”. A fim de que esse estado não se torne uma indiferenciação narcísica que poderia implicar possíveis prejuízos no decorrer do trabalho, Little considera a importância de fatores como tempo e distância, conforme explicação a seguir.

O tempo compartilhado com o paciente e a distância entre o par analítico permitem fazer o bom uso da contratransferência. Com relação à distância,

Figueiredo (2000) define o conceito de presença implicada e presença reservada. A presença implicada diz respeito a uma experiência de contato profundo, em que o analista tem uma participação mais ativa, colocando-se próximo ao paciente. Pode-se falar de presença implicada quando o analista ativamente responde às necessidades do paciente, como a necessidade de *holding* que vemos no caso Vanessa. Outro típico exemplo de implicação está no caso Pedro, atendido por Slaviero (2017), anteriormente citado. Durante o atendimento, Pedro regrediu ao estágio de dependência absoluta, momento durante o qual representava um tigre pequeno com a pata ferida que precisava ser carregado e cuidado por Slaviero. A analista, então, carregava Pedro tal como um bebê e ativamente ofertava o *holding* do qual necessitava, para que, ao final da sessão, ele pudesse voltar desse estado regredido e voltar para casa.

No entanto, a análise não deve se pautar apenas em uma presença implicada. É importante que essa implicação se alterne com momentos de presença reservada, a qual pode ser compreendida como a capacidade de olhar a situação analítica de fora, sem uma participação ativa, deixando ser um movimento próprio do paciente. Vou usar um exemplo que não diz sobre a análise, mas que ajuda a pensar a dimensão da reserva. A presença reservada existe, por exemplo, quando uma mãe deixa seu bebê brincar tranquilo enquanto permanece a seu lado silenciosa e dedicando-se a outros interesses. Considerando a dimensão de uma análise, pode-se compreender a reserva do analista quando ele sustenta o silêncio, evitando interpretações ou intervenções, de maneira que o paciente pode permanecer, por vezes, em um estado muito regredido, sem qualquer movimento de seu analista na tentativa de organizar o material trazido pelo paciente. Poder se manter em reserva significa renunciar às fantasias reparadoras maníacas, o que, como visto antes, pode levar à dependência do paciente ao analista e à dependência do analista ao paciente.

Segundo Balint (1993), o analista:

deve ser sentido como presente, mas devendo estar todo o tempo à distância correta – nem muito longe, a ponto do paciente poder sentir-se perdido ou abandonado, nem tão perto, a ponto de que o paciente possa se sentir impedido ou sem liberdade – de fato, a uma distância que corresponda às reais necessidades do paciente (...) (p.164)

Existe, portanto, um equilíbrio entre essas duas dimensões que permitirão a construção de um espaço potencial no qual o paciente pode vir a ser. O tempo em análise também pode ser considerado em um jogo de aproximação e distância e se faz tão necessário quanto as dimensões de implicação e reserva. A análise circula entre passado, presente e futuro, de maneira que ao falar do presente, o paciente estará falando também de seu passado. Cabe, aqui, ao analista fazer menção ao passado, estabelecendo uma distância entre o sofrimento atual do paciente (aqui e agora) e sua história (ali e então). Transportar algo do presente para o passado pode trazer alívio para o paciente, uma vez que esse movimento cria uma linha narrativa.

No caso do paciente convidado para dar uma palestra em uma rádio e cuja mãe havia morrido, a inveja inconsciente reprimida do paciente foi sentida pelo analista como uma experiência imediata, em vez de uma experiência passada do paciente. A interpretação dada serviu para aliviar a culpa do analista frente a sua própria inveja, apesar de ter alguma relação com a inveja que o paciente tinha de seu pai. No entanto, apesar de ter alguma conexão com a história do paciente, não foi a interpretação mais adequada para aquele momento. Por isso Little marca o uso temporal: é importante que o analista possa voltar a formas infantis do paciente, fazendo muitas referências ao passado e historicizar. Esses intervalos de tempo e distância concedem uma elasticidade para que o paciente não se sinta julgado, por exemplo, e para que compreenda que o que acontece com ele hoje, na verdade, é reflexo do que aconteceu com ele no passado. Não fazer referências ao passado pode ocasionar falhas no *timing* e na lógica de uma intervenção, ou seja, o que era passado é interpretado por ele como sendo só presente.

Estar atento ao tempo e à distância também significa respeitar o recolhimento do paciente quando este está entregue às divagações e aos pensamentos. Assim como o bebê necessita de momentos em repouso ao lado da mãe, experiência esta que contribuirá para a integração, o paciente deverá vivenciar momentos de ausência do analista, embora estando na presença dele. Será a partir deste repouso e recolhimento que um impulso em direção à vida poderá ser sentido como próprio, gerando a sensação de que eles próprios querem viver. Nesse sentido, o analista deve silenciosamente

sustentar a esperança do desejo de viver do paciente, ajudá-lo a se conectar com os sinais de sua ligação com a vida; mas, tal qual as mães, possibilitar que sintam como pessoal tal desejo. (CESAR ERIBEIRO, 2023, p.118).

Falhas no *timing* como essas que ocorreram no caso citado por Margaret Little podem ser compreendidas como falhas na função egoica de reconhecimento de tempo e distância. Nesse caso, a contratransferência se torna um obstáculo, mas se esses intervalos de tempo e distância puderem ser mantidos ao longo de sua identificação com o paciente, torna-se possível fazer uso dela. Diante dos desafios no atendimento de pacientes borderline e psicóticos, erros podem acontecer ao longo do tratamento. Frente a interpretações inoportunas, é importante que o analista admita seu erro e possa, às vezes, estabelecer algumas conexões com seus próprios afetos. É imprescindível que, para o bom uso da contratransferência, ela seja interpretada, ou seja, levada à consciência.

Diante disso, novamente a análise do analista se faz necessária. No entanto, ela será sempre uma solução incompleta, pois nunca abará a totalidade do id. Tudo o que podemos buscar é que a atitude do analista com relação a seus próprios impulsos do id não seja menos paranoide. Portanto, não é possível evitar a contratransferência, ela é um fato na análise, assim como não se deve compreendê-la como um obstáculo em si. Segundo Little (1993/1981), na verdade, é a atitude paranoica ou fóbica com relação aos sentimentos do próprio analista que constitui o maior perigo na contratransferência. É o medo real de ser inundado de sentimentos de qualquer tipo em relação a um paciente e de se tornar passivo a ele que leva a uma evitação ou negação inconsciente.

7.3. A Resposta Total do Analista às Necessidades do Paciente

Como mencionado anteriormente, a contratransferência faz parte das respostas totais do analista às necessidades do paciente (R). O termo R foi desenvolvido por Margareth Little (1993), que, por sua vez, concorda com Winnicott a respeito dos riscos da contratransferência, mas também amplia a discussão acerca da problemática, como já visto. Dentre as respostas totais do analista às necessidades do paciente, pode-se citar tudo o que ele “diz, faz,

pensa, imagina, sonha ou sente, ao longo da análise, com relação a seu paciente” (1993/1981, p.52 – tradução minha). A resposta total do analista, portanto, não deve ser compreendida como sinônimo de contratransferência, mas sim como a totalidade das atitudes e do comportamento do analista com relação ao seu paciente. Todo paciente em análise possui necessidades, seja neurótico ou não, e a resposta a elas pode variar em sua forma.

A resposta total do analista é inevitável no curso de uma análise. O paciente convoca seu analista a responder às suas necessidades e a resposta dada é resultado da fusão do amor e do ódio do seu analista por ele. A maior exigência, encontrada em todos os pacientes, neuróticos ou não, seria que o analista possa discernir quais são as necessidades do paciente e produzir com ele um *insight* que leve a um aumento da apreensão da realidade psíquica e da realidade compartilhada. No entanto, em casos mais graves, outras necessidades precisam ser atendidas, como a necessidade de hospitalização e de organização dos cuidados pela família, por exemplo. Little afirma que o analista é totalmente responsável pelas suas respostas às necessidades do paciente.

Assim, tudo – consciente ou inconsciente – que surge na mente do analista, seja um pensamento, um sentimento ou um sonho, assim como suas ações e reações, são da responsabilidade dele. A responsabilidade por captar as necessidades e responder a elas poderá ser delegada em certos momentos, dependendo do tipo de caso. No atendimento de pacientes psicóticos, o analista precisa captar as necessidades e responder a elas, de maneira que esta responsabilidade não é compartilhada com o paciente, tendo em vista as fragilidades do paciente. Já no acompanhamento de pacientes neuróticos, a responsabilidade pode ser dividida com o paciente, pois, em geral, estamos lidando com um ego mais coeso e um bom senso de realidade. Por fim, temos os pacientes limítrofes, perante os quais qualquer compartilhar de responsabilidade se torna difícil. A maior responsabilidade, aqui, recai sobre o analista, que deverá cuidar do manejo do caso. No entanto, é importante ressaltar os limites: o analista nunca apreenderá a totalidade de seu paciente, haverá sempre no final de uma análise pontos não compreendidos e não elaborados.

Assumir responsabilidade significa comprometer-se com o paciente, ou seja, oferecer a ele atenção, interesse e energia. É importante, então, que o analista se mantenha disponível para entrar no mundo interno de seu paciente e tornar-se parte dele. Durante o percurso da análise, deverá ser capaz de se identificar com o paciente, suportando a fusão com ele, temporariamente. Comprometer-se também implica colocar todos seus processos, conscientes e inconscientes, a serviço do paciente, de uma maneira que faça sentido e que ele possa usar. A forma que será usada para comunicar algo ao paciente dependerá do grau de amadurecimento psíquico do paciente e de sua capacidade de simbolização. Portanto, para cada paciente a resposta deverá ser diferente: interpretações verbais podem ser significativas para uns, mas para outros uma ação ou uma reação poderá ter um efeito interpretativo para depois serem conectados com o verbal. Será a partir do comprometimento do analista, ou seja, sua total entrega e disponibilidade para entrar no mundo do paciente, que o analista poderá encontrar as formas singulares de responder.

Comprometimento e responsabilidade são assumidos e disponibilizados não a partir do analista, mas “a partir da situação em que uma pessoa-com-algo-para-compartilhar encontra uma pessoa-com-necessidade” (LITTLE, 1993/1981, p.58 – tradução minha). Isso acontecerá quando o analista colocar à disposição todo seu aparato psíquico, permitindo-se sentir não só com relação a seu paciente, mas também com e, às vezes, pelo seu paciente. (LITTLE, 1993/1981, p. 58 – tradução minha).

O exemplo clínico de Margareth Little com sua paciente psicótica que desejava quebrar seu vaso de flores revela uma das principais necessidades que esses pacientes mais regredidos têm de vitalização e frente a isso o analista pode responder permanecendo vivo e real no encontro analítico. O paciente necessita ter um analista que sente, para que seja possível introjetá-lo. Acredito que se colocar à disposição para sentir e se comprometer com essa disponibilidade corrobora com a noção de uma presença viva, bem como com a noção de vitalização como função analítica. (LITTLE, 1993/1981). A resposta total do analista resulta , então, em aspectos para além da contratransferência.

Um encontro vivo implica “não em uma técnica, mas em uma experiência do viver” (HAMMOUD, 2017, p.108). O analista tem a liberdade de sentir toda

uma gama de afetos e poder comunicar ao paciente, mantendo algum grau de reserva. Sendo assim, podem-se compreender que a interpretação da contratransferência, ou seja, dos afetos despertados no analista, pode transformar um estado anestesiado do paciente, provocado por defesas que reduzem muito sua vivacidade em uma experiência viva. Pacientes regredidos, como no caso de Vanessa, não foram atendidos por um ambiente suficientemente bom, a fim de que pudessem caminhar para um amadurecimento emocional saudável, ou seja, não caminharam rumo à integração. Em vez disso, desenvolveram defesas muito primitivas contra agonias impensáveis. Nesse sentido, sua forma de estar no mundo se reduz apenas a sobreviver e não em um sentimento de existir de forma viva e significativa.

A vivacidade do analista pode responder a necessidade do paciente de uma nova provisão ambiental em que tenha a experiência de existir. Esse analista vivo deverá estar atento também ao fato de que pacientes regredidos não conseguem fazer uso da interpretação de transferência, pois apresentam dificuldade em distinguir ilusão da realidade. Para que fosse possível fazer uso da interpretação de transferência, seria necessário que o paciente tivesse desenvolvido um pensamento dedutivo e uma boa capacidade de simbolização. Esses pacientes carecem de representações, de maneira que não conseguem compreender que o que estão transferindo ao analista tem relação com algo outrora vivido com seus objetos primários. Por isso, a expressão dos afetos despertados no analista ganha suma importância, como uma resposta à necessidade do paciente de um analista real para que então se abra um caminho para a interpretação de transferência. Para exemplificar o termo R, Little apresenta o caso de Frieda.

Frieda foi encaminhada a Little por dificuldades com o marido e com os filhos. Além disso, apresentava uma erupção cutânea, afetando principalmente o rosto, a vulva e a superfície interna das coxas. A principal queixa apareceu apenas ao longo das sessões, quando Frieda revelou ter o hábito de roubar. A infância de Frieda na Alemanha foi muito traumática. Seu pai era um homem muito brilhante, mas vaidoso, egoísta e megalomaniaco. A crença mágica dele de que nenhum mal poderia acontecer com ele o levou a ficar para trás quando

toda a sua família emigrou, falecendo posteriormente em um campo de concentração. Sua mãe ainda estava viva, porém, era muito possessiva, mesquinha, pudica e insincera. Frieda brigou por anos com os próprios parentes e depois com o marido, divorciando-se.

Ao longo de seu acompanhamento com Margareth Little, muitas interpretações de transferência foram dadas, mas todas eram totalmente sem sentido para ela. De maneira recorrente, Frieda dava conselhos a amigos com base nas coisas que Little havia dito em sessão, mas ainda não tinham um significado pessoal para ela. Sua condição certamente melhorou: houve menos roubos e seus relacionamentos em geral foram muito mais fáceis. No entanto, seu apego emocional à mãe permaneceu inalterado e seu luto pelo pai nunca foi elaborado.

Em determinado momento, Frieda conta em análise a seguinte história, a partir de um sonho que teve: certa vez havia entrado em uma sala proibida e protegida, repleta de ouro. Muito interessada, a menina fica com seus dedos cobertos de ouro, sendo punida por isso com a sua consequente expulsão. A partir da história, Little interpretou a ideia que Frieda tinha sobre Little como alguém proibitiva e punitiva. No entanto, o que foi dito permaneceu sem significado para ela.

Mas, em um segundo momento, tudo mudou. Um dia, Frieda chega ao consultório em um estado de sofrimento intenso, toda vestida de preto, o rosto inchado de tanto chorar, em verdadeira agonia. Uma de suas amigas, Ilse, tinha morrido repentinamente na Alemanha. Ela havia sido amiga e contemporânea dos pais de Frieda e ficaram amigas quando tinha apenas seis anos. Durante cinco semanas, esse estado de angústia aguda continuou inalterado. Little falou sobre a culpa de Frieda pela morte de Ilse, sobre sua raiva e, também sobre o medo dela. Disse que ela sentia que Ilse havia sido roubada dela, de maneira que ela passou a repreender o mundo, sua família e a Little pelo ocorrido. Frieda queria que Little entendesse sua dor, como Ilse havia entendido sua infelicidade infantil e simpatizasse com ela. No entanto, nenhum apontamento produziu efeito. A família suportou esse estado de agonia de Frieda por um longo período: ela não comia nem dormia, falava apenas de Ilse, que era idealizada e cujas fotos estavam por toda a casa. As interpretações de que ela queria que Little

magicamente trouxesse Ilse à vida novamente e que queria punir a si mesma e seu ambiente por sua infelicidade também não tiveram significado para Frieda.

Depois de cinco semanas, sua vida estava em perigo evidente, seja pelo risco de suicídio ou pela exaustão. Little, então, disse que ninguém poderia estar perto dela naquele estado sem ser profundamente afetado. A analista, então, sentiu tristeza com ela e por ela, em sua perda. O efeito foi instantâneo e muito grande: dentro de uma hora, Frieda ficou mais calma, deitou-se no sofá e chorou tranquilamente. Pôde, então, começar a cuidar de sua família novamente e alguns meses depois encontrou um apartamento que eles precisavam há anos, o que até então ela declarava ser impossível. Ao ajustá-lo e ao mudar-se para ele, Frieda encontrou uma felicidade que nunca havia experimentado antes. Seus impulsos reparadores entraram em ação de uma maneira totalmente nova. Little revela que, muitas vezes, havia falado sobre sentimentos relacionados a ela mesma, mas isso não tinha absolutamente nenhum significado para Frieda; apenas aqueles sentimentos que eram realmente mostrados e expressos significavam alguma coisa.

A analista também havia expressado seus próprios sentimentos em duas ocasiões anteriores. A primeira foi quando se sentou ouvindo pela centésima vez um relato interminável de uma briga com a mãe por causa de dinheiro e, também, pela centésima vez lutou para se manter acordada. Os relatos eram enfadonhos e, como sempre, nenhuma interpretação chegava a Frieda. Dessa vez, Little disse a ela que tinha certeza de que o conteúdo de sua fala não era o importante, que era defensivo, e acrescentou que estava tendo dificuldade em ficar acordada porque essas repetições eram entediadas. Houve um silêncio chocado e horrorizado, seguida por uma explosão de raiva, e então Frieda disse que estava feliz pelas palavras de Little. Seus relatos das brigas passaram a ser mais curtos e Frieda começou a se desculpar por eles, ao passo que o significado deles permanecia obscuro. Somente posteriormente, Little compreendeu que Frieda a estava colocando no lugar do pai morto. Frieda sentia que deveria ter contado ao seu pai o quanto sua mãe era “horrível” e que ele deveria tê-la ajudado a lidar na infância com a doença mental de sua mãe. Little também percebeu que estava sendo colocada no lugar da amiga, a qual deveria ter estado com Frieda em todas as suas dificuldades.

Em um segundo momento, Little estava redecorando seu consultório. Frieda, então, passou a dar inúmeros conselhos, de uma forma muito paternalista, o que foi interpretado como uma tentativa de controlar a analista. Em determinado dia, após receber conselhos o dia todo de vários pacientes, Little estava cansada e, em vez de dar uma interpretação, disse sem pensar: “Eu realmente não me importo com o que você pensa sobre isto”. Mais uma vez, houve um silêncio, seguido pela fúria e depois por um pedido de desculpas realmente sincero. Frieda reconheceu no mesmo momento que a maioria dos bons conselhos que dava a amigos e pessoas que encontrava casualmente na rua ou em lojas poderiam muito bem ter sido inadequados e que em sua ansiedade de controlar o mundo ela era, de fato, autoritária e arrogante. O fato de Little ter revelado seus sentimentos na época da morte de Ilse, bem como em outros momentos como os citados, fez com que Frieda dissesse que, pela primeira vez, desde o início de sua análise, Little havia se tornado uma pessoa real e que era bem diferente de sua mãe. Antes disso, sempre que Little comentava sobre qualquer coisa que ela fazia, sentia que era sua mãe e era como se dissesse “e você é uma pessoa horrível”.

Os sentimentos de Little, sendo autênticos, eram diferentes dos sentimentos falsos de seus pais. Eles davam a ela e a seus interesses um valor que ela nunca teve, exceto com Ilse. Em outras palavras, para ela, Little havia se tornado Ilse no momento em que expressou seus sentimentos. A partir desse momento, as interpretações de transferência começaram a ter significado para ela. Frieda agora não apenas as aceitava com frequência quando Little as dava, mas também dizia com frequência: “Você já me disse isso antes, mas eu não sabia o que significava” e até “Lembro-me de você dizer muitas vezes, agora eu entendo”, fazendo ela mesma a aplicação de algo que havia rejeitado anteriormente.

A transferência finalmente se tornou uma realidade para ela. A identificação de Little com Frieda em sua perda e luto a restaurou. Foi isso que tornou possível o luto do pai e de Ilse, pela análise da transferência até então inacessível. Tanto no momento de separação tanto nos momentos de fusão absoluta, há uma perda da identidade singular, e isso era muito temido por Frieda, como uma ameaça de aniquilação. Little descartar logo de início as

ilusões de Frieda significava, no contexto analítico, aniquilação. Foi preciso, portanto, que Little rompesse com essas ilusões oferecendo, antes, muita sustentação e segurança, de maneira que Frieda pudesse emergir como uma pessoa viva e com sentimentos, e apenas uma pessoa com sentimentos reais poderia fazê-lo. Little conta que Frieda, ao final das sessões, estava mais feliz agora do que nunca, mas também mais infeliz. Seu luto ainda não havia terminado, mas ela estava a caminho. Sua casa era um lugar mais confiável para seu marido e filhos, pois ela podia dizer uma coisa e cumpri-la, ela poderia diferir de seu marido sem ter uma briga furiosa na frente dos filhos como costumava fazer, e ela podia permitir e aceitar que cada um se individualizasse sem que ela se sentisse aniquilada.

Segundo Little, o que surgir durante o encontro analítico deve ser minuciosamente analisado, de maneira que o analista deve estar atento aos seguintes questionamentos:

Por que eu faço ou digo isso? Como isso se relaciona com as coisas em mim - consciente ou inconsciente? Por que para X e não para Y? Faria ou diria isso a esse paciente em outras circunstâncias, outro dia, outra hora? Que efeito tem e por quê? Segue-se a introdução de novo material? Existe algum desenvolvimento real do ego? Os mesmos resultados poderiam ser obtidos de outra forma? Mais rápido? Melhorar? Se sim, como e por quê? e por que não fiz algo diferente? (LITTLE, 1993, p.77 – tradução minha)

Portanto, é possível permitir a expressão de sentimentos e agir espontaneamente em determinados momentos, à medida em que isso é analisado, logo em seguida, a fim de clarificar possíveis processos inconscientes e fazer o melhor uso para o paciente. Um analista que expressa e apresenta a realidade compartilhada, abre caminho para que as interpretações ganhem corpo e sentido.

7.4. Suposto sonhar: Os sonhos do analista

Dentro do campo das respostas totais do analista às necessidades do paciente, pode-se citar os sonhos. Como visto no caso Vanessa, os sonhos do analista podem se manifestar durante o processo analítico. Gurfinkel (2012)

afirma que os sonhos do analista ganham particular interesse e destaque no que o autor chama da clínica da dissociação, em contraponto com a clínica do recalçamento (GURFINKEL, 2001), uma vez que, nesses casos, prevalecem as comunicações pré-verbais e pré-representacionais.

Winnicott aborda um sonho de contratransferência em 1947, em seu texto “O Ódio na Contratransferência”, quando apresentava dificuldades de manejo no atendimento de uma paciente. Essa dificuldade foi eliminada após ter um “sonho curativo (1947/2021, p.361), o qual pode ser dividido em duas partes. Na primeira, Winnicott estava no alto de um teatro, observando as pessoas lá embaixo. Nesse momento, sentiu uma ansiedade intensa, como se fosse perder um de seus membros. A mesma sensação foi sentida na França, em um momento que estava no alto da Torre Eiffel. Nesse momento, sentia que se colocasse sua mão para fora da Torre, a mesma cairia até o chão. O autor diz que essa primeira parte do sonho revela uma ansiedade de castração comum.

Na segunda parte do sonho, conectava-se com o palco a partir das pessoas que estavam na plateia. Surge, então, uma nova ansiedade: sabia que não tinha o lado direito do corpo. Segundo Winnicott, esse não era um sonho de castração, havia uma sensação de não ter aquela parte do corpo.

Quando acordei, percebi que eu havia compreendido num nível muito profundo qual era minha dificuldade naquele momento específico. A primeira parte do sonho representava as ansiedades comuns que podem surgir a respeito de fantasias inconscientes de meus pacientes neuróticos. Eu corria o risco de perder minha mão ou meus dedos, se esses pacientes viessem a se interessar por eles (...). A segunda parte do sonho, porém, referia-se a meu relacionamento com a paciente psicótica. Essa paciente exigia que eu não me relacionasse de modo algum com seu corpo, nem mesmo com um corpo imaginário (...). Qualquer referencia a seu corpo provocava ansiedades paranoides, porque afirmar que ela tinha um corpo equivalia a persegui-la. O que ela precisava de mim era que eu tivesse apenas uma mente falando com a mente dela. (WINNICOTT, 1947/2021, p.361).

Na noite anterior ao sonho, Winnicott sentia o auge de sua dificuldade com essa paciente e, irritado, disse a ela que o que trazia em sessão eram amenidades. A consequência dessa fala foi desastrosa e muito tempo se passou até que a análise pudesse se recuperar do erro. Havia a necessidade de que Winnicott compreendesse sua ansiedade psicótica, representada no sonho pela

ausência do lado direito do corpo, o que Winnicott percebeu somente ao acordar. Nesse sentido, a paciente tinha a necessidade de negar totalmente uma relação, mesmo que imaginária, entre seus corpos. Essa negação estava gerando em Winnicott uma ansiedade de tipo psicótico, muito mais difícil de tolerar do que a ansiedade de castração comum.

No mesmo caminho de Winnicott, Gurfinkel (2012) relata um sonho com sua paciente Maria, cujo acompanhamento era marcado por uma imobilidade e falta de capacidade imaginativa. Maria queixava-se da falta de sentido de sua vida, permanecendo frustrada por não conseguir usar sua capacidade criativa. Apesar de ter se recuperado de estados depressivos graves, continuava sem perspectivas, relatando, por vezes, ter perdido seus sonhos. Essa imobilidade e perda da capacidade criativa revelava-se na sessão a partir de longos silêncios. Existiam dois tipos de silêncios: o silêncio de angústia decorrente da ruptura de contato com o outro e outro tipo de silêncio regressivo tranquilo.

Em meio às dificuldades no acompanhamento de Maria, Gurfinkel tem o seguinte sonho:

Estou na casa de Maria, em uma recepção social. Em determinado momento, ela me chama em uma sala e me faz um convite/pedido: se eu poderia participar de uma representação teatral que estava montando. Nesta, representaria um personagem que seria eu mesmo e o narrador da peça seria X. Fico surpreso com o convite e acordo pensando que estava inclinado a aceitá-lo. (GURFINKEL, 2012, p.16).

Na noite anterior, Gurfinkel “refletia sobre algumas experiências analíticas com pacientes de estrutura não neurótica que demandam do analista algum tipo de resposta – certa atividade, um olhar, atos ou gestos” (2012, p.17). Nessa noite, questionava-se se conseguiria atender a essas solicitações em sua clínica e de que forma poderia trabalhar adequadamente com esses casos. O sonho, assim, surgiu como uma resposta ao seu questionamento. A partir dele, pôde compreender que o analista deve “sonhar o sonho do paciente” (GURFINKEL, 2012, p.18), de maneira a ajudá-lo a construir o teatro da transferência. Nesse teatro, o analista deve permanecer sensível ao convite do paciente e, às vezes, atender a ele, de maneira a possibilitar a construção de um espaço de sonho. No caso de pacientes neuróticos, esse teatro acontece de maneira natural, tendo

em vista que a capacidade simbólica está mais constituída. No entanto, nos casos de estrutura não neurótica, cabe ao analista construir essa capacidade de simbolizar, sonhando o sonho do paciente.

O analista é um pescador de sonhos. Ele se mantém atento e estático, ao mesmo tempo relaxado e alerta, em um delicado jogo de espera. Ele supõe e acredita que “ali tem truta”, mas não pode sabê-lo com certeza. [...]. O sonhar, como a pescaria, não está sob o controle do analista e nem mesmo do sonhador. Quando virá o sonho? Qual será sua forma, seu feitio? Em que direção ele conduzirá os processos de pensamento, e em quais aspectos contribuirá ou não com o processo analítico? Por baixo d’água, há um mundo desconhecido. Que estranhos ali se movem? O que dali irá emergir, saltando para o mundo da vigília? (GURFINKEL, 2008, p.9).

Não podemos saber quando virá o sonho, mas é possível supor que existe um sonhador. É importante que o analisando suponha no analista uma capacidade de sonhar e uma disponibilidade interna de captar esses sonhos e colocar a serviço do analisando. Portanto, a transferência, principalmente nos casos borderline, estabelece-se não apenas a partir do suposto saber, mas também a partir do suposto sonhar. A função espelho que Winnicott delinea como importante função materna também é exercida quando consideramos os sonhos. O sonho do analista reflete algo do próprio paciente, de maneira que o analista possa funcionar como espelho para a emergência de uma capacidade de sonhar do paciente colapsado.

O sonho do analista, segundo Winnicott e Margareth Little, surge como uma resposta total frente às necessidades mais primitivas do paciente. Sendo assim, trata-se de uma convocação, a partir de uma identificação muito primitiva do analista com seu paciente, frente a uma necessidade do paciente, de maneira que essa necessidade pode ser pensada a partir da experiência emocional vivida no sonho, revelando, em um nível muito primitivo, aspectos importantes acerca da dupla. Portanto, apesar de carregarem conteúdos do analista, os sonhos podem ser ferramentas importantes de trabalho, uma vez que nascem da intersubjetividade entre analista e paciente e que, por serem uma criação da dupla, revelam aspectos do paciente.

Assim, a função onírica do analista e seu “espaço de sonho” podem ser convocados no seu trabalho clínico e servir como uma importante ferramenta nessa forma específica de comunicação que é a psicanálise. (GURFINKEL, 2012, p.24)

Enquanto analista, portanto, compreendi desde o início que deveria me manter sensível e atenta às comunicações conscientes e inconscientes de Vanessa. Os sonhos que tive ao longo dos quase dois anos de análise de Vanessa revelavam uma criação do par analítico e, ao mesmo tempo que traziam elementos inconscientes meus (os quais foram devidamente elaborados em análise pessoal), revelavam também conteúdos e necessidades muito primitivas da paciente. Eu pude, assim, sonhar o que não era possível ser sonhado e muito menos comunicado por Vanessa.

7.5. O caso Vanessa e as Respostas Totais da Analista

Vanessa chegou até mim com uma precariedade a céu aberto. Winnicott diria que apesar da tendência inata à integração de Vanessa, ela apresentava uma tendência à desintegração. Essa desintegração fazia com que seu eu não alcançasse um estado maior de coesão. Não havia um ambiente que fornecesse um chão para que pudesse sustentar-se. Teve uma rápida vivência com seu antigo terapeuta, que pôde dar o *holding* do qual necessitava. Mas logo caiu no desamparo novamente, sentindo angústias muito primitivas. Sua experiência na internação psiquiátrica, por quatro meses, foi primordial para que não se desintegrasse por completo. Sua dependência foi de tão grande intensidade que sua vida estava em suspensão, enquanto era cuidada em tempo integral. Os cuidados com a equipe eram marcados por um interesse genuíno e muita empatia, o que fez com que Vanessa se sentisse muito amparada. Era necessário, então, um ambiente suficientemente bom para que ela caminhasse rumo à integração, em vez da desintegração. A pintura de uma flor nascendo em uma das paredes da enfermaria, após a sua saída, aponta para a eficácia desse ambiente que a sustentou por um longo período de sofrimento e ameaças de aniquilação.

Tendo isso em vista, meu papel enquanto analista deveria ser primeiramente reconhecer as necessidades de Vanessa para que, então, respostas pudessem ser fornecidas a fim de atendê-las. Faltavam palavras para acolher tão grande dor e sofrimento. Nenhuma fala minha poderia dar conta de seu desamparo. Mas eu poderia estar lá, ao seu lado, dando sustentação a partir do meu olhar, do meu interesse e da minha escuta atenta. Compreendo, hoje,

que sua necessidade era de um ambiente com grande vivacidade, mas que ao mesmo tempo não fosse intrusivo. Respondi a isso permanecendo em silêncio em muitos momentos, mas apontando brevemente o quanto estava difícil para ela viver, agora sem seu terapeuta. Vanessa necessitava que eu sustentasse períodos de intensa angústia, permanecendo ao seu lado.

Winnicott revela que existem pais que apresentam dificuldade de se identificarem com seus bebês, de maneira que não conseguem compreender o que o bebê está comunicando. Logo de início, pude me identificar com Vanessa e sustentar momentaneamente um estado de fusão. Em decorrência disso, compreendia, em um nível muito primitivo, a necessidade de Vanessa de ser gestada, o que fora evidenciado no primeiro sonho enquanto sua analista. Ainda não existia um eu suficientemente integrado e, sem isso, não era possível cuidar de si mesma. Era preciso um ambiente que pudesse auxiliá-la com tarefas básicas, como escrever um e-mail, lembrar de almoçar, entre outros cuidados. Em resposta a essa necessidade, via-me convocada a perguntar se havia levado seu almoço, nos dias em que ia presencialmente para a faculdade, por exemplo. Frente a situações de impasse, como naquela com o grupo da faculdade que não produzia, perguntava o que ela poderia fazer e a quem poderia recorrer. Ajudava-a, então, a se organizar e a encontrar recursos nela e em seu ambiente.

Winnicott dizia que “é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser encontrado”. Com Vanessa, era como se ela nunca tivesse sido encontrada, permanecendo em grande desamparo. Os cortes em seu braço mostravam uma tentativa sua de ser encontrada, a partir da comunicação de sua dor. Assim que fazia cortes, mostrava para sua mãe, em uma tentativa de comunicar algo que não conseguia colocar em palavras. Dependia totalmente de seu ambiente para que ele traduzisse essa comunicação primitiva. Aos poucos, respondi a essa necessidade de ser encontrada. Procurava nomear seus estados afetivos internos, aspectos esses de uma função materna que não tinha existido, e conversávamos sobre suas dores e as reconhecia instantaneamente. Verbalizava que estaria disponível, fora das sessões, caso precisasse. Após alguns meses, passou a fazer uso desses contatos, durante os quais ajudava-a a nomear suas angústias e ansiedades, que vinham em grande parte sem forma. Quando Vanessa sonha com seus cortes, em vez de atuá-los, mostra que

passou a ter esperança de ser encontrada. Ela pôde sentir sua dor, integrando-a. Além disso, o efeito da minha resposta à necessidade de nomeação de seus estados afetivos fora a crescente percepção deles por parte de Vanessa, a ponto de passar a fazer um uso mais discriminado do SOS (medicamento em caso de angústia intensa).

Ao mesmo tempo em que ainda era necessária uma fusão parcial e momentânea, de maneira que eu pudesse compreender em um nível muito primitivo as suas necessidades, Vanessa necessitava que uma parte minha continuasse funcionando segundo o princípio de realidade. Essa necessidade era evidenciada a partir do meu receio com o excesso de implicação. Perguntas como “até onde eu devo ir?” eram comuns ao longo de seu acompanhamento e me mantinham atenta para a realidade.

Limites eram necessários: tanto para a necessidade de fusão quanto para a sua prática de fumar maconha antes das sessões. Para que pudéssemos trabalhar seus conteúdos internos, seria preciso que estivesse sensível a eles, permanecendo em contato com as emoções mais brutas para elaboração durante a análise. A minha resposta a essa necessidade fora pontuar que seria importante que ela não usasse maconha algumas horas antes da sessão. Esse limite teria que ser dado, também, dentro das condições psíquicas dela. Sentia que solicitar a interrupção total do uso seria demais para ela, tendo em vista que a maconha também funcionava como um colo para as suas angústias mais arcaicas. Vanessa respondeu a essa intervenção e pôde entrar mais em contato com seus afetos mais devastadores na minha presença.

Com esse contato mais próximo, Vanessa necessitava que eu sobrevivesse a sua destrutividade e suportasse estados de angústia muito primitivos. Seu antigo terapeuta havia falecido, confirmando a mesma experiência que teve com sua mãe: a de abandono. Frente a essa necessidade, permanecia atenta a possíveis mensagens de Vanessa, de maneira a respondê-las sempre o mais prontamente possível. Eu precisava estar lá em caso de procura, mostrando ser um ambiente confiável.

Ainda, havia a necessidade que eu apostasse nos recursos internos de Vanessa e que visse sua capacidade de criar o mundo, de maneira a acreditar

que, apesar de muito fragilizada, existia uma contribuição dela no acompanhamento. Não era apenas a analista que poderia contribuir, mas tinha algo de pessoal e próprio de Vanessa nos encontros. Além disso, minhas contribuições deveriam respeitar o ritmo dela e nunca impedir que ela deixasse de sentir seus movimentos como próprios. Além de serem ganhos da análise, eram principalmente ganhos dela. Para isso, escutava atenta suas criações na faculdade e mantinha-me interessada quando me mostrava seus trabalhos. Sentia a necessidade de responder afirmando o quão difícil era produzir trabalhos como os dela e reconhecia sua capacidade criativa. O efeito disso foi a crescente abertura de Vanessa para o mundo, apesar de todas as suas fragilidades. Vanessa estagiou por um breve momento e, posteriormente, iniciou uma iniciação científica. Escrever uma pesquisa exige uma produção autoral, própria, a partir de estudos já publicados. Notei, então, que Vanessa estava construindo sua capacidade de criar o mundo, sentindo que tinha coisas dela a compartilhar (ainda que se manifestasse de forma sutil e frágil).

A partir da oferta de um ambiente de cuidado e sustentação, Vanessa passou a tolerar entrar no funcionamento do princípio de realidade. O efeito desse olhar atento e da construção de uma relação de confiança fora uma maior sustentação de seu frágil psiquismo. Em seu vídeo “Incorporando as imperfeições”, que faria para a faculdade, optou por filmar sua gata rolando na sujeira. Compreendi que ela poderia naquele momento estar comigo e no mundo sem se fazer em pedaços. Uma das evidências dessa transformação foi a qualidade do silêncio que apareceu: antes era um silêncio marcado pelo abandono e por uma angústia de um “cair para sempre”. Deste caminhou-se para um silêncio em que poderia estar só na minha presença. Isso só fora possível pelas repetidas experiências de cuidado em análise e construção de uma relação de confiança em um ambiente de intimidade.

Eu tinha muita dúvida acerca da minha continuidade na instituição antes de decidir sair. Nesse momento, sinto que comecei a usar a teoria de forma mais desvinculada para me defender de minhas emoções ligadas a minha possível saída da instituição e interrupção desse processo analítico. Sinto que isso mudou claramente a qualidade da minha presença com ela. Fora como se estivesse desinvestindo de Vanessa para que conseguisse me desligar da instituição, o

que era uma necessidade minha na época. Em resposta a esse desinvestimento, tive o último sonho, já mencionado no item 4.1.3, em que Vanessa estava em um leito de enfermaria e sugeria a adoção de um gato. O sonho revelava a necessidade que Vanessa ainda tinha de uma sintonia muito primitiva e que eu me mantivesse ainda muito sensível a ela. A partir do sonho, pude voltar a me conectar com ela a partir de um vínculo real e vivo.

8. REFERÊNCIAS

BALINT, M. (1968). A Falha Básica: Aspectos terapêuticos da regressão. São Paulo: Artes Médicas, 1993.

BASSANI, M.A. Psicologia Ambiental e Psicologia Clínica: Pesquisa e Desafios Teórico-metodológicos In: KUBLIKOWSKI, I; KAHHALE, E.M.S.P; TOSTA, R.M. Pesquisas em Psicologia Clínica: Contexto e Desafios. São Paulo: Educ, 2019, p.197-212.

BOLLAS, C. Catch them before they fall: the psychoanalysis of breakdown. Londres: Routledge, 2013.

BORGES, T. M. A (in)capacidade de estar só: considerações psicanalíticas, a partir de um estudo de caso revisitado. Dissertação de mestrado (Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2023.

CESAR, F.F; RIBEIRO, M.F.R. Vitalização como uma função analítica: uma proposição a partir do pensamento de Winnicott. In: CESAR, F.F; RIBEIRO, M.F.R; FIGUEIREDO, L.C. Chuva n'alma: a função vitalizadora do analista. São Paulo: Blucher, 2023.

CINTRA, E.M.U. As funções antitraumáticas do objeto primário: holding, continência e rêverie. Tempo psicanalítico. Rio de Janeiro, 2003; 35: 37-55.

CINTRA, E.M.U. Empatia, Identificação Projetiva e Reverie: Escutar o Inaudível na Clínica do Trauma. In: CINTRA, E.M.U.; TAMBURRINO, G; RIBEIRO, M.F.R. Para Além da Contratransferência: o analista implicado. São Paulo: Zagodoni Editora, 2017.

COELHO JUNIOR, N.E. A Matriz Ferencziana. In: FIGUEIREDO, L.C; COELHO, N.E. Adoecimentos Psíquicos e Estratégias de Cura: Matrizes e Modelos em Psicanálise. São Paulo: Blucher, 2018.

COELHO JUNIOR, N. E; FIGUEIREDO, L. C. Figuras da Intersubjetividade na Constituição Subjetiva: Dimensões da Alteridade. Interações, Vol. IX, n. 17, 2004, p.9-28.

DIAS, E. O. Sobre a confiabilidade e outros estudos. São Paulo: DWW editorial, 2011.

DIAS, E.(2021). O. A teoria do amadurecimento de D.W.Winnicott. São Paulo: DWW editorial, 2017.

DIAS, E.O. (2014). Interpretação e manejo na clínica winnicottiana. São Paulo: DWW editorial, 2023.

FERENCZI, S. A Adaptação da família à criança. In: FERENCZI, S. Obras completas (vol.4). São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Trabalho original publicado em 1928).

FERENCZI, S. Reflexões sobre o trauma. In: FERENCZI, S. Obras completas (vol. 4). São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Trabalho original publicado em 1932).

FERENCZI, S. Confusões de língua entre os adultos e a criança. In: FERENCZI, S. Obras completas (vol. 4). São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Trabalho original publicado em 1933).

FERENCZI, S. Análises de crianças com adultos. In: FERENCZI, S. Obras completas (vol. 4). São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Trabalho original publicado em 1931).

FERENCZI, S. Diário clínico. São Paulo: Martins Fontes, 1990. (Trabalho original publicado em 1985).

FERENCZI, S. Notas e fragmentos. In: FERENCZI, S. Obras completas (vol.4). São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Trabalho original publicado em 1934).

FERENCZI, S. Elasticidade da técnica psicanalítica. In: FERENCZI, S. Obras completas (vol. 4). São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Trabalho original publicado em 1928).

FIGUEIREDO, L.C. Presença, implicação e reserva. In: FIGUEIREDO, L.C; COELHO JUNIOR, N. Ética e Técnica em Psicanálise. São Paulo: Escuta, 2000.

FIGUEIREDO, L.C. (2009). As Diversas Faces do Cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta, 2012.

FIGUEIREDO, L.C. (2003) Elementos para a Clínica Contemporânea. São Paulo: Escuta, 2018.

FIGUEIREDO, L.C (2021). A Mente do analista. São Paulo: Escuta, 2022.

FLÓRIDO, F. Para que servem as emoções?. In: FLÓRIDO, F. Do Povo do Nevoeiro: Psicanálise dos Casos Difíceis. São Paulo: Blucher, 2019.

FREUD, S. (1913). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

FREUD, S. (2006). Inibição, sintoma e angústia. In: FREUD, S. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 20, pp. 48-70. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).

GUIMARÃES ROSA, J. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GURFINKEL, D. Espera, esperança e sonho: deixar a terra descansar. Revista Brasileira de Psicanálise volume 50, n.4, p. 39-48, 2016.

GURFINKEL, D. O sonho de contratransferência. In: FERRAZ, F.C; FUKS, L.B; ALONSO, S.L. Psicanálise em trabalho. São Paulo: Escuta e Instituto Sedes Sapientiae, 2012.

GURFINKEL, D. Sonhar, dormir e psicanalisar: viagens ao informe. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

GURFINKEL, D. Do sonho ao trauma: psicossoma e adicções. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

HAMMOUD, T . A presença viva como tarefa incontornável do analista na clínica do adoecimento. In: CINTRA, E.M.U.; TAMBURRINO, G; RIBEIRO, M.F.R. Para além da contratransferência: o analista implicado. São Paulo: Zagodoni, 2017.

LEJARRAGA, A. L. Sexualidade infantil e intimidade. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2015.

LEJARRAJA, A.L. Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. Natureza Humana, 10(2), pp.115-148, 2008.

LITTLE, M. *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. London: Jason Aroson Inc, 1993.

KHAN, M. M. R. *On lying fallow*. In: KHAN, M. M. R. *Hidden Selves*. Londres: The Hogarth Press Ltd., 1983 MILNER, M. (1952). *O papel da ilusão na formação simbólica*. In: Milner, M. *A loucura suprimida do homem são*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

NAFFAH, A. *Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes*. *Natureza humana* vol.12 n.2, 2010.

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

OGDEN, T. *Analisando formas de vitalidade e de desvitalização*. In: OGDEN, T. *Reverie e Interpretação*. São Paulo: Escuta, 2013.

PESSOA, F. *Livro do Desassossego*. Organização de Leyla PerroneMoysés. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ROUSSILLON, R. Conferência apresentada em 22 de maio de 2021 via plataforma Zoom com iniciativa do grupo de estudos “Clínica do Des-amparo e a mente do analista” da SBPSP, em parceria com a Diretoria Científica e Diretoria de Atendimento à Comunidade (DAC) da SBPSP. Tradução: Sylvie Gazzamini Giraud. In: SANTOS, W.N.P. *Fronteiras do Des-amparo e as Vicissitudes da Pandemia*. São Paulo: Blucher, 2022.

ROUSSILLON, R (2012). *Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia*. São Paulo: Blucher, 2019.

SAFRA, G. *Dimensões do silêncio: a constituição do si mesmo e perspectivas clínicas*. *Cadernos de Psicanálise*, pp.72-82, 2009.

SERRALHA, C. A. *O ambiente winnicottiano*. In: DIAS, E. O; LOPARIC, Z. *Winnicott na Escola de São Paulo*. São Paulo: DWW editorial, 2011.

SLAVIERO, A, R. O ambiente de acolhimento primário e sua influência na clínica do trauma. Orientador: Elisa Maria Ulhoa Cintra. 2017. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

TOSTA, R.M. Analista-ambiente e analista-objeto como funções na clínica winnicottiana: teoria e ilustrações. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, pp.540-559, 2019.

VAN SWEDEN, R. C. Regression to dependence: A second opportunity for ego integration and developmental progression. Estados Unidos: Jason Aronson, 1995.

VILETE, E.P. Sobre “O homem morto que caminha”. Natureza Humana, 2(1), 2000, p.149-164.

WINNICOTT (1950-55). A Agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, D.W. Da Pediatria à Psicanálise. São Paulo: Ubu Editora, 2020, p.371-392.

WINNICOTT, D.W. (1951). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: WINNICOTT, D.W. O Brincar e a Realidade. São Paulo: Ubu Editora, 2019, p. 15-41.

WINNICOTT, D.W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: WINNICOTT. Da pediatria à psicanálise, 2021, p.462-485.

WINNICOTT, D.W. (1960). Contratransferência. In: Winnicott, D.W. Processos de amadurecimento e ambiente facilitador. São Paulo: Ubu, 2022.

WINNICOTT, D.W. (1970). O lugar da monarquia. In: WINNICOTT, D W. Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1989, p. 205-211.

WINNICOTT, D.W.(1954-1955). A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal. In: WINNICOTT, D.W. Da Pediatria à Psicanálise. São Paulo: Ubu Editora, 2020, p.437-461.

WINNICOTT, D. W. (1955). Influências de grupo e a criança desajustada: o aspecto escolar. In: WINNICOTT, D.W., A Família e o Desenvolvimento Individual. São Paulo: Marins Fontes, 2005.

WINNICOTT, D.W.(1955-1956). Formas clínicas da transferência. In: WINNICOTT, D.W. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. São Paulo: Ubu Editora, 2021, p.486-492.

WINNICOTT, D. W. (1956). Preocupação Materna Primária. In Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. São Paulo: Ubu Editora, 2021.

WINNICOTT, D.W. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In WINNICOTT, D.W. O ambiente e os processos de maturação (pp.128-140). Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D.W. (1960). A Família e a Maturidade Emocional. In: WINNICOTT, D.W. A Família e o Desenvolvimento Individual. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p.129-138.

WINNICOTT, D.W. (1962). Provisão para a criança na saúde e na crise. In: WINNICOTT, D.W. Processos de amadurecimento e o ambiente facilitador. São Paulo: Ubu Editora, 2022, pp. 55-61.

WINNICOTT, D.W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: WINNICOTT, D.W. Processos de Amadurecimento e o Ambiente Facilitador. São Paulo: Ubu Editora, 2022, pp. 208-214.

WINNICOTT, D.W. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, D.W. Processos de Amadurecimento e o Ambiente Facilitador. São Paulo: Ubu Editora, 2022, pp. 101-114.

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

WINNICOTT, D.W. (1965). A Psicologia da Loucura: Uma contribuição da Psicanálise. In: WINNICOTT, C; SHEPHERD, R; DAVIS, M. Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1988). Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D.W.(1968). A Amamentação como Forma de Comunicação. In: Winnicott, D.W. Os Bebês e Suas Mães. São Paulo: Ubu Editora, 2020, p.28-35.

WINNICOTT, D.W. (1971). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: WINNICOTT, D.W. O Brincar e a Realidade. São Paulo: Ubu Editora, 2019.

WINNICOTT, D.W. (1967). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In: WINNICOTT, C; SHEPHERD, R; DAVIS, M. Explorações Psicanalíticas. Londres: Routledge, 1994..

WINNICOTT, D.W. (1967). O conceito de Indivíduo Saudável. In: WINNICOTT, D.W. Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

„ WINNICOTT, D.W. The Piggie: Relato do Tratamento Psicanalítico de uma Menina”. Rio de Janeiro, Imago, 1977.

WINNICOTT, D.W. (1947). O Ódio na contratransferência. In: WINNICOTT, D.W. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. São Paulo: Ubu Editora, 2021

WINNICOTT, D.W. (1964). A importância do setting no Encontro com a Regressão na Psicanálise. In: WINNICOTT, D. W. (org.). *Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994

WINNICOTT, D.W. (1965). A Psicologia da Loucura: In: WINNICOTT, D. W. (org.). *Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994

WINNICOTT, D.W. (1968). O Uso de um Objeto e o Relacionamento através de Identificações. In: WINNICOTT, D.W. O Brincar e a Realidade. São Paulo: Ubu Editora, 2019.

WINNICOTT, D.W. (1970). A cura. In: WINNICOTT, D.W. WINNICOTT, D.W. Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ZYGOURIS, R. O vínculo inédito. Tradução de Caterini Koltai. São Paulo: Escuta, 2002. Coleção Ensaios.