

# A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista

Elsa Oliveira Dias

A "falha do analista" é uma oportunidade terapêutica especialmente profícua da relação analítica, no setting sugerido por Winnicott para o tratamento de pacientes que necessitam regredir à dependência.

*Em memória de Amazonas Alves Lima*

O presente artigo foi apresentado no II Encontro Latino-americano sobre o pensamento de D. W. Winnicott: aspectos técnicos de sua obra (outubro de 1993, Montevideu). O encontro destacou, para discussão, dois casos clínicos de Winnicott: 1. o paciente cuja análise é

relatada em  *Holding e Interpretação* (1991) e 2. o caso que ilustra o item "A Busca do Self", no quarto capítulo de *O Brincar e a Realidade* (1971/1975).

Elsa Oliveira Dias é Psicanalista, mestre em Filosofia pela PUC-SP, doutoranda do curso de Psicologia Clínica da PUC-SP.

Winnicott não tentará encontrar, nos casos borderline, o paciente que ainda não está lá para ser encontrado.

### 1. A falha do analista

Um dos aspectos técnicos mais fecundos do pensamento de Winnicott consiste no uso do que chamaremos, com ele, a “falha” do analista; está referido, sobretudo, às fases de regressão à dependência, no tratamento de pacientes borderline. Extremamente provocante, esse ponto requer explicitação teórica complexa, sobretudo acerca de dois conceitos intimamente imbricados entre si e centrais na sua obra: 1. o caráter específico do adoecer psicótico (que gerou uma nova classificação das patologias), seja qual for a organização patológica em que ele se manifeste e 2. a qualidade peculiar do desenvolvimento emocional, durante o período de não-integração.

Para a compreensão do primeiro conceito, é importante atentar para o modo como Winnicott configura a “natureza” da diferença entre neurose e psicose. Diz ele: “Afora o estudo de pessoas saudáveis, é talvez apenas na psicose e na depressão reativa, que é possível se aproximar

da doença verdadeiramente interna, a doença que faz parte do intolerável conflito que é inerente à vida e ao viver de pessoas inteiras (*whole persons*).” (APM, 124) “Verdadeiramente interna” refere-se a um território já constituído (embora jamais estável a ponto de não poder voltar a ser perdido) de onde se pode perceber o não-eu e até desejá-lo, ou invejá-lo ou querer destruí-lo. As neuroses, organizadas em solo pulsional, representam um estágio sofisticado do desenvolvimento e chegar à fase edípica com a possibilidade de padecer dos afetos e suas sintomatologias defensivas, em meio a relações interpessoais, significa ter alçado a uma vida emocional na linha da saúde, da possível e precária saúde humana. Esse é o território que tem sido tradicionalmente campo de interesse analítico: toda a imensa gama de conflitos e formações fantasmáticas geradas na luta entre amor e ódio, “conflito que é inerente à vida e ao viver das pessoas inteiras.” (*ibidem*)

Mas, se as categorias analíticas clássicas, por se basearem nas neuroses, dão por suposto o território (pulsões, objetos, desejos), ou seja, uma integração (mesmo que precária ou primitiva) num self, o que interessa a Winnicott, atento à vacuidade borderline, é o que acontece antes, ou melhor, o que não acontece, a ponto de impedir que a integração seja levada a termo. São os buracos desse não acontecido que, de forma patológica, subjazem muitas vezes à organização neurótica que funciona, então, como cobertura defensiva de um vazio radical.

Segundo Winnicott, esse é o caso das psicoses borderline. É o caso dos dois pacientes cuja análise ora destacamos. Foi a experiência analítica com pacientes borderline que lhe possibilitou aproximar-se do caráter propriamente psicótico das psicoses; ele afirma ter encontrado aí “a opor-

tunidade de observar os delicados fenômenos que apontam para a compreensão dos estados verdadeiramente esquizofrênicos.” (BR, 121) Tratando-se de borderline, sabemos que Winnicott não irá supor a existência (integração) de um self, que ficou a meio caminho, e, portanto, não tentará encontrar o paciente que ainda não está lá para ser encontrado. Ele também não esperará deparar-se com o sofrimento típico dos conflitos pulsionais, pertinentes aos afetos. O borderline ficou aquém do que se possa chamar vida psíquica. Tais pacientes, e é essa a característica da patologia borderline, vivem no modo de uma *não-existência*. Uma ausência peculiar, um vazio afetivo permeia sua presença. Daí a estranheza e perplexidade que invade o analista ou interlocutor eventual. O indivíduo não apresenta traços abertamente patológicos e seus relatos, pertinentes, exibem contatos aparentemente bem estabelecidos ou coloridos por conflitos neuróticos triviais. Perpassa-os, contudo, uma inconsistência básica, como se nada pudesse ser propriamente real. O mundo está fora, como um filme que não lhe diz respeito. Os vínculos, frouxos, externos, duram o tempo da presença concreta. Quando muito, servem de estímulo à um fantasiar autônomo, isolado e destacado da experiência (BR, cap. II). O que parece faltar-lhes é a matéria-prima mesmo do viver: a possibilidade de deixarem-se afetar pelos acontecimentos e de aí vincular-se. A quebra é anterior ao estabelecimento de vínculos; é relativa à própria possibilidade de formá-los. É uma quebra na ordem do ser.

O paciente cuja análise é relatada por Winnicott, em  *Holding e Interpretação*, vive nesse fantasiar que evita e substitui a realidade interna; usa a mente, hipertrofiada e dissociada da experiência, âmbito que ele desconhece. A

outra (BR, 83) transita entre flashes esparsos e nas citações de poetas; trechos soltos de uma vida descoberta e sem sentido. Ambos protegem-se da ameaça, vaga para eles mas que, sabemos, é a de vínculos reais, a ameaça de existir. Submetem-se, então, para terem um roteiro, ao que eles recortam como expectativas do ambiente externo e deslancham suas *performances* para garantir a sobrevivência da casca, a partir da qual apresentam-se a si mesmos e aos outros. Seguindo Winnicott, é possível supor a propósito de ambos que, na etapa mais precoce, antes de alcançar o lugar (a reunião, o *self*) desde onde poderiam sentir-se preocupados, tornaram-se puramente reativos, controlando o perigo das invasões e dos sobressaltos. Prematuramente atentos, a mente substituindo o papel do ambiente protetor, eles não fizeram a experiência de deixar-se estar, de residir, e perderam a aventura de viver. Não acharam o caminho do brincar.

**2. O estado de não-integração e a psicose**

A tese que dá suporte a essa fenomenologia consiste em que, para Winnicott, as psicoses estão referidas a um momento de não-integração, anterior à reunião num *self*, a uma fase de dependência absoluta onde ocorreram falhas de adaptação no âmago da unidade bebê-mãe. A gravidade dessas falhas está relacionada ao fato de que, nesse momento, em que o bebê ainda “não existe” e só “existe” na unidade com a mãe, estão sendo gestados os fundamentos, as condições de possibilidade de ingresso na vida, vida que será, então, atravessada de conflitos pulsionais. “Apenas sob certas condições, o indivíduo pode começar a existir e, ao fazê-lo, ter experiências do id. (PP, 366)

A afirmação de que o bebê “não existe” não é retórica nem simbólica. Para Winnicott, o existir não é dado e não coincide com o nascimento biológico. Na não-integração, o bebê não tem eu nem não-eu; não há intencionalidade, objetos ou interesses. Trata-se de um momento pré-objetal, pré-pulsional e pré-simbólico.

Para Winnicott, o existir não é dado, e não coincide com o nascimento biológico.

Quando tudo corre bem, antes de deparar-se com objetos, valorá-los e usá-los, ele habitará num “meio”, numa “ambiência”, estará envolvido por uma “certa atmosfera” e nos “modos de ser” com que é cuidado. Nesse momento, o que o bebê tem, sim, são possibilidades virtuais (bebê possível) que requerem ser atualizadas, “realizadas”, isto é, ganharem configuração e expressão (bebê real): só assim ele poderá chegar, como diz Heidegger, a *ser-no-mundo*, isto é, a existir nas estruturas fundamentais de tempo e espaço, lançado no mundo como ser situado e datado. Notemos: abrir-se para o mundo e abrir-se

para si mesmo, *self*, são um único e mesmo acontecimento. Para tanto, o bebê precisa fazer, com a ajuda da mãe, a experiência de habitar (presença, permanência, proteção contra invasões, regularidade, etc) de modo a vir a ter o sentimento de “estar em casa”: num lugar - mundo e *self* - a partir do qual acolher e deixar-se afetar pelos acontecimentos, lugar onde reunir e guardar as coisas que encontra (BR, 138) na duração de um tempo contínuo (continuidade, previsibilidade, monotonia, etc) em que uma existência se desdobra em passado, presente e futuro.

Existir (ex-sistere), portanto, só se inicia quando o bebê, chegando à integração, que implica no reconhecimento da existência separada do não-eu e correlativamente do eu, alcança o sentimento de ser real e de habitar num mundo real. Mas muita coisa tem que acontecer para o bebê chegar aí. “A integração é uma conquista”, diz Winnicott. Antes disso, pode-se falar em não-existência. Trata-se, portanto, de um momento delicadíssimo que requer cuidados específicos.

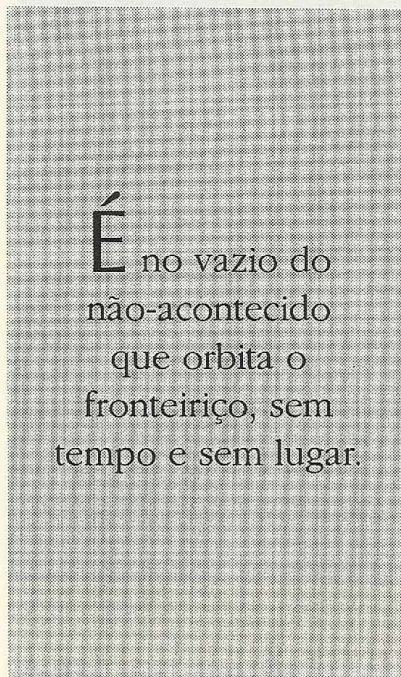
Para fazer essa primeiríssima experiência de habitar e levar a termo a tendência virtual à integração, esse momento deve poder ser vivido nas condições mesmas de imaturidade que lhe são inerentes, no relaxamento próprio de quem se sente bem sustentado e sem nenhuma consciência das condições que lhe propiciam viver nesse estado. Isto só é possível na presença de um ambiente facilitador que reconhece, aceita, reúne e dá suporte a esse estado de não-integração, sem apressar-lhe o andamento. O processo deve seguir seu próprio curso, tendo garantida e protegida a “continuidade de ser”. “A base para o estabelecimento do ego é um suficiente ‘continuar a ser’ que não foi interrompido por reações

à invasão.” (PP, 496) Isto vale para o bebê e vale também para o paciente fronteiroço que, quando tudo corre bem, e lhe são oferecidas as condições altamente especializadas do *holding* analítico, alcançará regredir à dependência.

Cabe à mãe “suficientemente boa” propiciar ao bebê os cuidados de sustentação, de presença contínua e previsível e de proteção contra invasões. Na saúde, isso se dá em virtude de que, identificada com o bebê, a mãe é capaz de uma adaptação sensível, ativa e completa às suas necessidades. Em seguida, ela provê uma desadaptação gradual, onde pequenas falhas ocorrem na medida mesma da capacidade maturacional crescente do bebê, o que significa que essas falhas pertencem à pauta da adaptação.

Mas é preciso notar: a adaptação completa não visa precipuamente a satisfação instintiva. “Uma fonte de equívocos é a idéia (que alguns analistas têm) de que o termo adaptação às necessidades, no tratamento de pacientes fronteiroços e no cuidado do lactante, significa satisfazer os impulsos do id. Nesta situação, não há a questão de satisfazer ou frustrar os impulsos do id. Há coisas mais importantes acontecendo e estas são prover apoio aos processos do ego. É somente sob condições de adequação do ego que os impulsos do id, quer satisfeitos ou frustrados, se tornam experiências do indivíduo.” (APM, 217, grifo meu) Antes de haver experiência satisfatória ou frustrante há que haver experiência e, para tanto, algo mais básico está acontecendo. A adaptação absoluta da mãe às necessidades do bebê é um encontro e esse encontro é fundamental: é a *matriz dos encontros* possíveis, o *paradigma existencial dos vínculos* de que o existir se constitui. Observemos que o bebê mesmo não se encontra com a mãe uma vez que, nesse momen-

to, a mãe não existe e nem o bebê existe. Mas o encontrar está se dando no completar o gesto espontâneo e no atender à sua necessidade “no ponto” (mãe suficientemente boa). Sem que o bebê dê por isso, está se criando o sentimento de que o não-eu é encontrável, pode ser-lhe concernente e fazer sentido; de que é possível um fio de sintonia sobre o fundo da insuperável solidão essencial (NH, 154). Estão sendo



plantadas as raízes da mutualidade e da possibilidade de comunicação. Não se deve depreender daí, no entanto, que a mãe faz o bebê mas, sim, que o bebê depende inteiramente da mãe para chegar a ser aquilo que já é enquanto possibilidade. As possibilidades virtuais são do bebê mas precisam ser atualizadas e isso só acontece no encontro com o mundo. Isto é, ou a mãe, na medida e no ritmo do bebê, tem êxito na tarefa de introduzi-lo na presença das coisas, no espaço e no tempo do mundo, cuidando de protegê-lo

das invasões e precocidades, ou o bebê fica, por assim dizer, desacontecido. Ao invés de nascer, encrua. É no vazio do não acontecido que o fronteiroço orbita, sem tempo e sem lugar.

Pode, portanto, haver desencontro. Pode ser que a mãe não seja capaz de sintonizar, desde o íntimo, a necessidade existencial do bebê. Talvez ela não consiga criar o “entre”, a bolha de intimidade e proteção onde se gesta, na *ilusão da onipotência*, o sentimento de que é possível encontrar e significar o mundo que vai servir-lhe de morada. Ela talvez não possa suportar a amorfia da não-integração que a relembra do seu próprio desamparo escondido e recoberto pelas tarefas adultas. E, assim, não há encontro. Essa mãe, mais zelosa do seu papel de mãe do que de seu bebê, pode enfiar-lhe alimento e mundo goela abaixo. Se pudesse abrir o “entre” e ensaiar a possibilidade do encontro, ela saberia que o bebê necessita que o mundo lhe seja apresentado a conta-gotas, na sua medida e ritmo e, sobretudo, ter a oportunidade de criar o mundo que encontra: habitar no paradoxo. Precisa também de cuidados referidos a ele, e não ao gênero bebê. Necessita que ela suporte e dê sustentação para os avanços e para os recuos. Recuar significa que o bebê, às vezes, sente necessidade de morrer um pouquinho e deixar-se estar num lugar ao qual a mãe não tem acesso: “No centro de cada pessoa há um elemento não comunicável e isto é sagrado e merece ser preservado.” (APM, 170)

Pela ilusão da onipotência, o bebê é introduzido, imperceptivelmente, no âmbito aberto do mundo. É-lhe permitido um tempo em que ele está desincumbido da tarefa de separar eu do não-eu, protegido da consciência prematura da externalidade do mundo. Uma exposição precoce à exter-

A falha que o habita, como um vazio sem forma, está (surpreendentemente) fora do psiquismo.

nalidade invade e aniquila e, nesses casos, o não-eu pode ficar definitivamente inóspito, eternamente estrangeiro e incriável porque já pronto na sua bruta externalidade.

No início, fora do âmbito da ilusão originária, o que se dá é invasão e desencontro. A invasão quebra a continuidade de ser: algo extravaza da possibilidade do bebê ou simplesmente não acontece. O bebê faz o gesto que lhe vem do impulso momentâneo e não acha nada, nada lhe vem ao encontro. Ou ele é cuidado por uma mãe que faz (que produz cuidados) e não por uma que é cuidadosa. Ou ainda, tudo lhe é dado em demasia, para fora de sua real precisão. Aprende, então, a ter aquelas necessidades que dão à mãe a sensação de estar viva e atuante. Nesses casos, é o bebê que se encarrega de manter a mãe "viva". Se isso se torna o padrão de conduta ambiental, pode haver recuo dramático como no autismo ou recuo defensivo com formação de couraça externa de submissão, (*falso self patológico*) que simula vínculos,

como nos fronteiros. Inúmeros são os matizes de falhas dessa relação primeira que constroem o bebê a pôr-se alerta antes do tempo, desviado de si, interrompido na sua continuidade de ser e ocupado no controle do ambiente, precocemente exposto à exterioridade do mundo e à tarefa de existir.

Há, assim, aqueles que não chegam a nascer e permanecem num tempo anterior ao tempo do mundo. Um tempo onde o homem "privado do dom de residir, habita na eternidade de um presente vazio e sem movimento, onde não há mais acontecimentos."<sup>2</sup> Nessa situação, diz Winnicott, "estão todos os pacientes cuja análise deve lidar com os estágios primitivos do desenvolvimento emocional, antes e até o estabelecimento da personalidade como entidade e antes da aquisição do status de unidade espaço-tempo." (PP, 460)

A falha em fornecer a matriz dos vínculos e do habitar pode fazer um buraco no tecido da continuidade de ser e o bebê cai fora do caminho que o levaria à integração. Ele não cai no mundo; cai fora. Perambula num deserto sem referências, sem familiaridade possível. Tenta abrigar-se numa estreiteza qualquer que lhe pareça aconchego, ou numa rede de nexos mentais, teóricos, num atropelo de pensamentos; vive, no entanto, extraviado do viver, exilado de si mesmo e do mundo, permanentemente estrangeiro. Não sabe habitar. E nem ao menos pode saber o que houve, ou não houve, porque, não-nascido, ele não estava lá para que algo acontecesse. A falha que o habita, como um vazio sem forma, está, surpreendentemente, fora do psiquismo. Assim descreve Pontalis, pelo negativo, o paradoxo central da falha não experienciada: algo "teve lugar sem encontrar seu lugar psíquico; não está depositado

em parte alguma. Não é um traumatismo enterrado na memória, qualquer que seja a profundidade com que se o postule. Não é, igualmente, o reprimido no sentido de um traço que estaria inscrito num sistema relativamente autônomo do aparelho psíquico. Falar mesmo de clivagem, com aquilo que a noção implica de um elemento interno irreduzível seria, a meu ver, errôneo."<sup>3</sup> Essa é a agonia impensável de "cair para sempre" que subjaz às organizações psicóticas: cair fora da casa do mundo, exilado do lugar onde se pode habitar na presença e na familiaridade das coisas, na repetição cotidiana e asseguradora dos hábitos, criando a partir da tradição, preocupado e atingido pelos acontecimentos; lugar onde se vai urdindo o destino em histórias, vida que pode ser contada, sentida e projetada. Apátrida, o exilado da vida diria como o semi-heterônimo de Fernando Pessoa, Bernardo Soares: "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."<sup>4</sup> Diz Winnicott: "Os psicóticos são portadores de distúrbios derivados de um estágio ainda mais precoce e básico. Suas dificuldades e problemas são especialmente aflitivos. Por não serem inerentes, não fazem parte da vida, e sim da luta para alcançar a vida. O tratamento bem sucedido de um psicótico permite que o paciente comece a viver e comece a experimentar as dificuldades inerentes à vida." (NH, 100, grifo meu).

Para alguns, no entanto, residir no mundo, acreditando na sua realidade, e deixar-se ser, tornou-se demasiadamente longínquo. Assim com o paciente de  *Holding*

e *Interpretação*. Ele era capaz, às vezes, de deixar-se cuidar por Winnicott e entregar-se à dependência, mas isso rapidamente se desvanecia. Para ele, que só podia viver na rota do *script* ambiental, o estado de não-orientação e amorfia da não-integração eram terríficos. Seu principal recurso defensivo era o retraimento no sono. No excelente prefácio ao livro, diz Masud Khan: "Desde o início, Winnicott tinha consciência de que toda forma de falar e relatar do paciente encerrava uma reação terapêutica negativa. O paciente dá seu próprio diagnóstico: 'Nunca me tornei humano. Perdi essa experiência' (HI, 107) e, 'resumindo, meu problema é como encontrar uma luta que nunca houve.' (HI, 185). Winnicott não se deixou intimidar. Muito menos tentou a cura." (HI, 16)

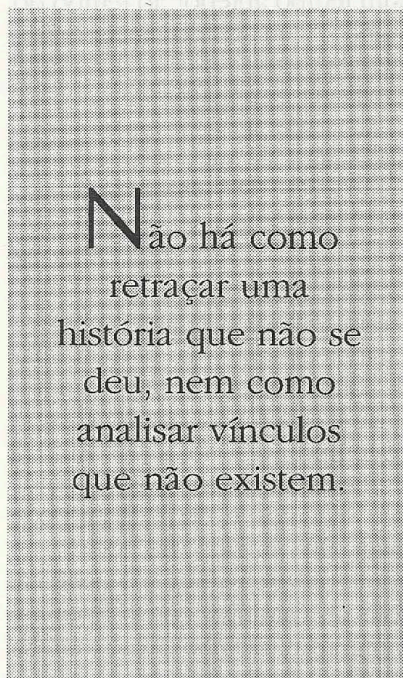
Não tentar a cura é a sabedoria clínica de Winnicott. Talvez exatamente aí residisse a falha original e insuperável: uma mãe que impelia o filho a manter-se vivo, sempre, a qualquer preço. Mas isso não significa que Winnicott não usasse os recursos de que dispunha. Ele estende, disponível, o chão sobre o qual um nascimento pudesse, porventura, vir a acontecer, ou para ao menos manter o paciente vivendo na estreita abertura que lhe era possível. Winnicott fornece *holding* para que o paciente dele faça uso quando e como possa.

Com relação ao fornecimento de *holding*, no setting analítico, há um detalhe que merece exame: o *holding* é continuidade de cuidados, suporte, sustentação. Mas há as falhas, porque sempre há falhas. Winnicott notou que pacientes regredidos aproveitavam exatamente as falhas para avanços no processo de maturação. Essas falhas repetiam, sim, a invasão inicial. Mas agora, revividas, configuradas e sustentadas na relação analítica, podiam propria-

mente acontecer e passar a fazer parte do psiquismo.

### 3. Suporte para a não-integração e aproveitamento da falha do analista

Em virtude do acima exposto, e tratando-se de pacientes frontei-



riços em regressão à dependência, temos uma questão para a função da análise: não há como retrair ou re-significar uma história que não se deu nem como analisar a qualidade libidinal de vínculos que não existem a não ser como arremedos de vínculos, externos, artificiais, capas produzidas para encobrir um campo interno vazio. Dessa perspectiva, a relação analítica terá que privilegiar uma outra função do que aquela para a qual foi originalmente concebida (a interpretação de conflitos pulsionais). O analista terá que estar atento uma vez que o fundo de estranhamento e vacuidade está recoberto por uma

organização psiconeurótica ou um distúrbio psicossomático. "Em tais casos, o psicanalista pode ser conivente, durante anos, com a necessidade do paciente de ser psiconeurótico (em oposição a louco) e de ser tratado como tal. A análise vai bem e todos manifestam satisfação. O único inconveniente está em que a análise jamais termina. Pode ser concluída e o paciente pode mesmo mobilizar um falso eu (*self*) psiconeurótico para finalizar o tratamento e expressar gratidão. De fato, porém, ele sabe que não houve alteração no estado (psicótico) subjacente e que analista e paciente tiveram êxito em conluir-se para provocar um fracasso." (BR, 122)

Com pacientes borderline, portanto, se quer chegar ao fundo, a regressão é necessária. (APM, 149) E não é verdade que os clinicamente regredidos sejam os mais doentes. Talvez seja mais difícil a tarefa de lidar com pacientes psicóticos em estado de fuga para a sanidade (PP, 471), como era o caso do paciente anteriormente mencionado. Contudo, em geral, se o analista fornece as condições requeridas, o paciente fronteiro "atravessa gradativamente as barreiras que denominei técnica do analista e atitude profissional e força um relacionamento direto de tipo primitivo chegando até o limite da fusão." (APM, 150)

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." (APM, 117) Mas, o que é que o paciente busca repetir, reviver, recordar? Não é possível resgatar algo que ainda não aconteceu e "essa coisa do passado ainda não aconteceu porque o paciente não

estava ali para que acontecesse.” (Ex, I, 117) A falha, o colapso, deu-se fora do psiquismo, num ‘sem lugar’, ‘sem tempo’, ‘sem forma’ e não pode pertencer ao passado a menos que possa ser experienciada pela primeira vez no presente. “Para entender isto é preciso pensar, não em um trauma, mas em que nada aconteceu quando algo deveria ter acontecido.” (Ex, I, 119, grifo meu) É esta a razão de o que se deu no período de não-integração não ter como ser resgatado, ao modo de uma lembrança esquecida ou desfigurada nos vieses do inconsciente, nas formas clássicas da transferência.

Nessas situações de regressão, quase tudo o que está ocorrendo de importante se dá no pré-verbal e há aí um desafio para o analista: ele precisa saber tudo o que se refere à interpretações relativas ao material apresentado, mas “deve ser capaz de se conter para não ser desviado para essa função, que seria inapropriada, porque a necessidade principal é a de apoio simples ao ego, ou de *holding*. Esse *holding*, como a tarefa da mãe no cuidado do bebê, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre.” (APM, 217)

De extrema importância, a tarefa analítica é, por via da manutenção cuidadosa da continuidade previsível e regular do *setting*, criar as condições para que uma falha do analista seja sentida como tal, como falha do ambiente. Note-se que “falha”, aqui, deve ser entendida estritamente com relação à necessidade do paciente que se permite estar, sem dar por isso, dependente e fundido com o analista: qualquer movimento deste para fora da órbita de onipotência do indivíduo e que revele a sua (do analista) existência separada poderá ser sentido como falha. E será essa a ocasião

Somente na regressão à dependência pode emergir a necessidade do paciente de experienciar a decepção e o não-acontecido.

para aquela falha, sofrida mas não experimentada no período de não-integração, ganhar um contexto, uma configuração, acontecer enfim, e, reconhecida pelo analista, tornar-se uma experiência do indivíduo. A esse respeito, relata Winnicott referindo-se a uma paciente: Ela “sempre sentiu horror (*awful*) mas durante um quarto de hora sentiu horror por algo.” (Ex, I, 165). Quando as falhas do analista são eventuais e não têm um padrão fixo próprio, o paciente sofrerá aquela que corresponde à pauta segundo a qual o próprio ambiente do paciente falhou a este, numa etapa significativa. (Ex, I, 200).

Mas, para que o paciente ouse aproximar-se do vazio amorfo que o habita sem lugar próprio, há que se tecer, antes, a casa: uma base muito firme de confiabilidade feita dos cuidados básicos de permanência, regularidade, simplicidade, monotonia, isto é, estabelecer a ilusão da onipotência sobre cujo chão, bem assentado, a falha, a desilusão configurada, possa ser experimentada, sofrida e suportada. A partir daí, e bem

amparado, o paciente pode iniciar o processo de repudiar (destruir) o analista como objeto subjetivo, lançando-o fora de sua zona de onipotência; pode começar a ter sentimentos e não apenas estar mergulhado em sensações; já pode sentir falta de algo, e não, apenas, o vazio de tudo; já pode sofrer frustração e ódio e não mais aniquilamento. Diz Winnicott, referindo-se a outra paciente: “Minha tarefa consistia, em primeiro lugar, em cooperar com seu processo de idealização a meu respeito e depois compartilhar o peso da responsabilidade pela quebra dessa idealização, na raiz de seu ódio.” (Ex, I, 165). Nas condições altamente especializadas do *setting* analítico, e após haver-se estabelecido firmemente a confiabilidade, a falha pode acontecer e dar cidadania ao ódio. “Na recuperação da situação original de fracasso, quando a situação congelada de fracasso descongela, o indivíduo pode, pela primeira vez, sentir-se frustrado e desenvolver defesas mais complexas, assim como experimentar fúria ou ira, exatamente contra o fracasso.” (GE, 54) E ainda: “... essas falhas produzem raiva, o que é valioso, porque essa raiva traz o passado para o presente. No momento da falha (ou falha relativa) inicial, a organização egóica do bebê não estava suficientemente preparada para uma coisa tão complexa como a de *sentir raiva acerca de uma questão concreta*.” (Ex, I, 306, grifo meu).

É apenas na regressão à dependência que a necessidade do paciente de experienciar o vazio, o não-acontecido, a decepção, pode emergir e ter lugar. É só dentro do suporte do analista que a falha terá essa função e essa importância. Winnicott relata como seria, se fosse verbal, a demanda de um paciente que se vê prestes a entrar em regressão à dependência: “Já é hora de você

se decidir: ou vai até o final ou se retira. Não me importa que me diga agora que não está em condições de fazê-lo, mas se continua avançando eu lhe entregarei algo que é muito meu e me tornarei perigosamente dependente de você e seus erros terão uma enorme importância.” (Ex, I, 124, grifo meu).

O destaque a essa questão não nos deve levar a pensar que, no trato do fronteiro, Winnicott aconselha, ao analista, programar falhas. Tanto na adaptação como na desadaptação, no erro ou no acerto, qualquer mecanicismo malogra na tarefa de introduzir o bebê ou paciente no mundo humano. Do mesmo modo que a mãe “suficientemente boa”, o analista falhará pelo simples fato de ser humano e de as necessidades do paciente, assim como as do bebê, serem, por assim dizer, “inumanas”. Trata-se de estar atento e usar analiticamente a situação.

Uma das ocasiões mais frequentes de falha, refere-se a *tempo*: em virtude do próprio cansaço decorrente do caráter absorvente da adaptação completa e sentindo-se chamados por outros interesses, mãe ou analista superestimam os progressos do bebê ou do paciente e antecipam possibilidades ainda não estabelecidas. O paciente sente-se sobrecarregado, não visto e, de novo, seu “ali estar” constitui-se num peso do qual ele mesmo e quem o cuida quer se livrar. O recuo é inevitável. Temos muita sorte quando o paciente pode avançar do retraimento para a regressão e entregar-se, em dependência, aos nossos cuidados. (PP, 427)

Na regressão à dependência, pisamos num terreno extremamente frágil: há grandes riscos envolvidos mas eles têm que ser corridos. “Nos casos graves, tudo o que importa e é real, pessoal, original e criativo, permanece oculto e não manifesta qualquer sinal de existência. Nesse caso

extremo, o indivíduo não se importaria de viver ou morrer.” (BR, 99) Circunlóquios infundáveis, compulsão de analisar tudo, retraimentos, e, sobretudo, aquilo que Freud denominou resistência terapêutica negativa são, em geral, entendidos como resistência à própria relação e/ou a um conteúdo pulsional indesejável. Freud surpreendeu-se ao dar-se conta de que o paciente lutava contra a cura, e só então pode configurar o mecanismo de resistência. Se levarmos isto até o final, veremos que a resistência pode estar sediada numa recusa ainda mais básica, e sem conteúdo, recusa à qualquer possibilidade de ser, de existir. - “Não me faça querer Ser..” dizia uma paciente de Winnicott, citando o poeta Hopkins. Um pouco antes, na sessão, ela dissera: - “Tenho às vezes a sensação de que nasci... Se não tivesse acontecido! Isso me vem; não é como a depressão.” Winnicott diz: - “Se você tivesse podido não existir de modo algum teria sido bom.” Ela: - “Mas o que é tão horrível é a existência negada! Nunca houve uma época em que eu pensasse: que coisa boa ter nascido! Tenho sempre presente que teria sido melhor se eu não tivesse nascido, mas quem sabe? Poderia ser, não sei. É uma questão: quando não se nasce nada existe também, ou há uma almaneira esperando para aparecer num corpo?” (BR, 89).

É apenas com a permissão e o suporte para não-ser que o existir pode começar a ser possível. “É apenas da não-existência que a existência pode começar.”, diz Winnicott. (Ex, I, 120). Tal como na aceitação e suporte da mãe ao estado de não-integrado do bebê. Talvez, a falha maior do analista, nesses casos, seja uma incapacidade de suportar (e até de atinar com) a negatividade que desfaz toda realidade e uma impaciência para introduzir o paciente na exis-

tência, na positividade da vida onde as coisas acontecem. A confiabilidade do *setting* pode ajudar o paciente a querer ser, mas ele precisa confiar em que pode recuar e, de vez em quando, deixar de existir; ele necessita saber que o analista suporta esse retorno à não-existência, ao estado não-integrado, amorfo, da completa dependência. “O sentimento do eu (*self*) surge na base de um estado não-integrado que, contudo, por definição, não é observado e recordado pelo indivíduo e que se perde, a menos que seja observado e espelhado de volta por alguém em quem se confia, que justifica a confiança e atende à dependência.” (BR, 88).

## NOTAS

1. As siglas, antes do título das obras de Winnicott citadas abaixo, foram as utilizadas para referência imediata das citações, no corpo do texto, seguidas dos números das páginas. Após a data da edição utilizada, indiquei o ano da publicação original. Sempre que possível, comparei as traduções brasileiras com os originais e, quando necessário, procedi a correções que não foram explicitamente indicadas.
- 1 — WINNICOTT, Donald W. (PP) *Da Pediatría à Psicanálise - Textos selecionados*, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978/1958;
- 2 — (APM) *O Ambiente e os Processos de Maturação*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983/1965.
- 3 — (BR) *O Brincar e a Realidade*, São Paulo: Imago, 1975/1971.
- 4 — (HI) *Holdings e Interpretação*, São Paulo: Martins Fontes, 1991/1972.
- 5 — (GE) *O Gesto Espontâneo*, São Paulo: Martins Fontes, 1990/1987.
- 6 — (NH) *Natureza Humana*, R. de Janeiro, Imago, 1990/1988.
- 7 — (Ex. I) *Exploraciones Psicoanalíticas I*, Buenos Aires: Paidós, 1991/1989 col. Psicologia Profunda.
2. PESSANHA, J. G. “O Ponto K - Heidegger e Freud” in *IDE, Revista da Soc. Bras. de Psicanálise*, S. Paulo, 1992. Recomendo ao interessado no tema da não-existência, desse “aquém do princípio do prazer”, o artigo de Pessanha acerca da temporalidade e negatividade em Freud e Heidegger. Faz parte de um projeto de reflexão, iniciado por Zeljko Loparic, que visa pensar as categorias da psicopatologia freudiana à luz da ontologia heideggeriana exposta em *Ser e Tempo* (1927). Um detalhe desse projeto já se delinea em LOPARIC, Z. *Heidegger réu: um ensaio sobre a periculosidade da filosofia*. Campinas: Papirus, 1990.
3. PONTALIS, J.B. “Trouver, accueillir, reconnaître l'absent” in *Entre le rêve et la douleur*. Paris: Gallimard. 1977/1975. Este belíssimo artigo é o prefácio para a tradução francesa, feita por ele mesmo, de *Brincar e Realidade*.
4. BERNARDO SOARES “Livro do Desassossego”, in PESSOA, F. *Obra poética e em Prosa*. Porto: Lello e Irmão, 1986 (3 vols.), vol. II, pag. 667.