

Considerações...

Maria Laurinda Ribeiro de Souza

Tanto em casos de fracasso ambiental quanto nos de predisposição à psicose, e mesmo em certas situações de psicose estabelecida, a regressão propicia um novo aporte do ambiente, que pode levar à cura.

"Com mestres-amos a Psicanálise pode sobreviver algum tempo; sem chicote nem amos, tem possibilidade de viver indefinidamente".

J.-B. Pontalis¹

Se é verdade que Winnicott criticava o dogmatismo das escolas e não se propunha a criar um corpo teórico sistematizado que pudesse ser usado tecnicamente pelos analistas, também é verdade que valorizava intensamente as trocas e os comentários entre eles. Dispunha-se a isso como alguém que brinca com os rabiscos num espaço potencial de criatividade e mutualidade, e pode ao mesmo tempo ser bastante incisivo nas discordâncias e na defesa da originalidade de seu pensamento¹. Transformar a criatividade clínica e teórica de Winnicott numa escola traz o risco de estereotipar o jogo e, portanto, retirar-lhe o que tinha de mais verdadeiro. Assim, ocorreu-me que se temos o hábito de tomar os

textos de Freud e "fazê-los trabalhar", com os de Winnicott poderíamos apropriadamente dizer que "os tomaríamos para com eles poder brincar"... *o que num meio como o nosso não deixaria de ser, a meu ver, algo extremamente desejável e necessário.*

Mas como nem sempre sabemos ou podemos brincar, vemo-nos às vezes, ao ler Winnicott, incomodados com idéias que nos parecem simples demais ou valorativas em excesso ou, ainda, extremamente complexas. Elas, no entanto, também nos instigam e encantam com as possibilidades clínicas de suas construções - os paradoxos não deixam de se fazer reconhecíveis! E, se pretendemos ir articulando suas construções com os textos de Freud ou de outros psicanalistas, teremos uma tarefa nada fácil. Numa carta escrita para Anna Freud

Maria Laurinda Ribeiro de Souza é psicanalista e membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

em 18.3.1954, ele diz: “tenho um modo irritante de dizer as coisas em minha própria linguagem em vez de aprender a usar os termos da metapsicologia analítica. Estou tentando descobrir por que é que tenho uma suspeita tão profunda para com esses termos. Será que é porque eles podem fornecer uma aparência de compreensão onde tal compreensão não existe? Ou será que é por causa de algo dentro de mim? Pode ser, é claro, que sejam as duas coisas.”⁴

Ele retomou esta questão em janeiro de 1967, quando foi convidado a dar uma palestra sobre o relacionamento de sua teoria com outros desenvolvimentos teóricos: “À medida que o tempo ia passando, dei-me conta cada vez mais de quanto eu havia perdido por não haver correlacionado apropriadamente o meu trabalho com o trabalho dos outros. Isso é não apenas irritante para as outras pessoas, mas é rude também, e significou que o que eu disse ficou isolado e as pessoas tiveram que ter um monte de trabalho para chegar a ele. Acontece que é esse o meu temperamento e constitui uma grande falha.”⁵

Assim, não deixam de ser significativos os momentos em que, dentro de seus textos, se encontram citações mais precisas a respeito da origem de certas construções que vai desenvolvendo. Foi o que me chamou a atenção logo no início deste texto, em que Winnicott demarca o conceito de *regressão e fixação* em Freud, demarcação que logo se expande numa nova perspectiva de uso na clínica.

Os conceitos de regressão e de fixação têm para Freud, importância metapsicológica e lhe forneceram um apoio seguro na compreensão do problema da etiologia das neuroses; problema a que tentava responder desde o início de sua teorização. Winnicott refere-se, nesta citação, à dimensão temporal da regressão, ou seja ao retorno a etapas ultrapassadas de desenvolvi-

mento. Mas essa dimensão é puramente descritiva e não nos revela o aspecto marcado por Freud no texto *Dinâmica da Transferência*, que é sua vinculação com um dos fatores mais fundamentais da cura - a transferência. Evidentemente, a cura de que se tratava era a cura das neuroses, já que, para ele, as psico-

ser reconhecidas e reparadas. Neste sentido, o meio ambiente se vê diretamente incluído no conceito, já que a dependência implica necessariamente um meio ambiente que a possa atender. Depois disso, haverá um movimento para a frente, no sentido da independência e da participação.

Nas psiconeuroses, não estamos diante de fracassos ambientais ou de negligências, mas de dificuldades que são próprias e pertencem essencialmente à vida e aos relacionamentos interpessoais.

ses não eram passíveis de tratamento psicanalítico, pois nesses pacientes não se instalava a transferência.

Em Winnicott, a regressão ganha uma conotação importante no processo de cura, mas principalmente em situações clínicas específicas - seja em casos onde houve experiências de fracasso ambiental levando à psicose infantil estabelecida ou a uma disposição à psicose, seja em alguns momentos da análise com pacientes neuróticos comuns. A regressão é um elaborado conjunto de defesas, cujo objetivo é prevenir a repetição da desintegração, e pressupõe a instalação de um estado de *confiança*. O que Winnicott prioriza no conceito não são tanto os investimentos libidinais, mas o abandono de um estado de independência em favor de um estado de dependência. Dependência a que o paciente não chega facilmente e que implica numa disponibilidade de entregar ao analista seu verdadeiro *self* para ser cuidado, na *esperança* de que as falhas ambientais iniciais possam

Nas psiconeuroses, nos diz ele, não estamos diante de fracassos ambientais ou de negligências, mas de dificuldades que são próprias e pertencem essencialmente à vida e aos relacionamentos interpessoais. Nestes casos ele reafirma a indicação de uma psicanálise clássica, com tudo aquilo que Freud desenvolveu.

Na psicose, estamos diante de um transtorno que envolve a estrutura da personalidade; o paciente se acha desintegrado, ou irreal, ou fora de contato com o seu próprio corpo, ou com aquilo que chamamos de realidade externa. Apesar de fazer essa diferenciação, para ele não existiam fronteiras claras entre os estados clínicos.

Winnicott acreditava na possibilidade de uma cura espontânea da psicose (embora também dissesse que a auto-cura não é o mesmo que a resolução pela análise⁵ ou uma cura graças a uma conduta apropriada⁶, ou ainda, que estas pessoas poderiam encontrar uma maneira de viver adequada a seu estilo de personalidade. Essas alter-

nativas dependiam do uso que a pessoa pudesse fazer, através da regressão, de uma nova provisão ambiental que permitisse a dependência. “Lembro-me de uma senhora, não muito fora do comum, que se mantinha bastante bem, apesar de muita ansiedade e falta de sono, até que encontrou uma boa e confiável governanta. Neste ponto ela se deitou e regalou-se. Substitua-se “governanta” por “enfermeira psiquiátrica” e “regalar-se” se torna “depressão esquizóide”, com mais o dinheiro para pagar por isso. Em outras palavras, descobri que, em meu estudo dos fenômenos esquizóides, estava utilizando a palavra “regressão” para significar regressão à dependência, e não mais me preocupei em saber se o paciente havia retroagido em termos de zonas erógenas.”⁷

Foi apenas no tratamento de pacientes profundamente perturbados que Winnicott julgou ser indispensável uma fase de manejos. Tais pacientes, ão regressar ao ponto em que haviam falhado na primeira infância, exigiam um ambiente de apoio, como um dispositivo a partir do qual poderia ser retomado o desenvolvimento. Essas indicações correm o risco, atualmente, de serem tomadas de forma generalizada, transformando a prática clínica num uso abusivo e alienante da assim chamada maternagem. Numa carta a Hanna Segal, de 22.1.1953, ele diz: “a sra. prosseguiu sugerindo que não existe nenhuma diferença essencial entre as necessidades de manejo de um paciente psicótico e de um neurótico. Se realmente quis dizer isso, que os céus ajudem seus pacientes psicóticos; e até que se cure deste ponto de vista, receio que não vai dar contribuição muito interessante para a teoria das psico-

ses. (...) Os problemas do manejo devem ser diferentes nos neuróticos e nos psicóticos. (...) Na análise de psicóticos devemos estudar efetivamente o que fazemos ao participar - como sempre devemos fazer - do manejo”.⁸ Winnicott ressalta que este é um trabalho difícil, de

A regressão é um instrumento útil para resgatar aspectos da personalidade que ficaram detidos no desenvolvimento.

muita tensão, que nos demanda uma grande quantidade de investimento, e que não é possível tratar de vários pacientes ao mesmo tempo, nestas situações de necessidade extrema de cuidados.

No livro *Holding e Interpretação*, em que relata a análise de um de seus pacientes, surgem momentos de retraimento e regressão que o conduzem a explicitar a vinculação desses dois conceitos. Retraimento significa um desligamento momentâneo de uma relação desperta com a realidade externa, podendo ser, às vezes, da natureza de um breve sono. Esses momentos podem ser conduzidos, por uma interpretação adequada, a um estado de regressão, no qual seria então possível a correção de um fracasso ambiental da história passada do paciente. No estado retraído, o paciente está fornecendo

um holding para o self; se o analista consegue fornecer um holding para o paciente assim que o estado retraído aparece, então o que de outro modo teria sido um estado retraído torna-se regressão. Reproduzo o relato clínico de Winnicott: “... Uma semana mais tarde, o paciente defrontou-se (na sua opinião de forma inesperada) com o fato de nunca ter aceitado a morte do pai. Isso ocorreu após um sonho onde o pai estivera presente e discutira com ele problemas sexuais correntes de forma sensata e liberal. Dois dias mais tarde, ele relatou que ficara seriamente perturbado por causa de uma dor de cabeça, completamente diferente de qualquer outra que tivera antes. Ela começara mais ou menos na hora da sessão anterior, dois dias antes. Era temporal e às vezes frontal, e era como se estivesse do lado de fora da cabeça.

Era constante, fazendo-o sentir-se doente, e, se houvesse conseguido a compaixão de sua mulher, ele teria ido para a cama, não para a análise. Sentia-se aturdido porque, como médico, sabia que certamente se tratava de uma perturbação funcional, e no entanto ela não podia ser explicada em termos fisiológicos. (Era, portanto, como uma loucura).

“Durante a sessão, consegui formular uma interpretação adequada e disse: “A dor fora da cabeça representa a sua necessidade de que lhe segurem a cabeça, o que naturalmente ocorreria se fosse uma criança e estivesse num estado de profundo sofrimento emocional.” (...) A pessoa que mais provavelmente teria segurado sua cabeça no momento certo e da maneira certa, quando ele era criança, não era a mãe, mas o pai. Em outras palavras, depois da morte de seu pai ninguém

seguraria sua cabeça, caso ele sofresse. (...) Ele relatou um retraimento momentâneo onde sentira que eu possuía uma máquina capaz de ativar um manejo passivo e superficial. Isso significava que, para ele, era importante que eu não segurasse a sua cabeça, pois isso seria uma aplicação mecânica de princípios técnicos. O importante era que eu compreendesse imediatamente suas necessi-

O trabalho analítico engloba duas dimensões: interpretação e flexibilidade técnica.

dades.”⁹ Em outro momento, Winnicott lhe dirá que uma interpretação certa, no momento certo, equivale a um contato físico.¹⁰

Os assinalamentos de Winnicott acerca do manejo em condições de profundas perturbações psíquicas tornaram-me presente a situação clínica que relato a seguir. É de uma falha no manejo desta situação que quero falar. Falha que só percebi pelos efeitos que criou. Por outro lado, isto conduziu a uma forma possível, encontrada por mim e esta criança, para a saída do caos. Com este fragmento penso poder ilustrar não só a sutileza necessária nos momentos de regressão na análise, mas também o que para mim foi extre-

mamente significativo no esforço em encontrar os gestos adequados às necessidades desta criança.¹¹

D. está em análise há três anos. Seu irmão nascerá em breve. Suas sessões são marcadas por um jogo sistemático em que os brinquedos, tirados com fúria de dentro do armário, são espalhados pelo chão da sala. Depois, D. se acomoda dentro do armário, pede que eu feche a porta e às vezes permanece lá, silencioso. Outras vezes, chama-me para ajudá-lo a sair. Apesar de ser um “menino grande”, consegue acomodar-se e balançar-se no armário - como um bebê, mas não sem antes desalojar os brinquedos-bebês que ali estavam. Brinca, também, de escorregar e sair do armário como quem sai de dentro da mãe.

À medida que se aproxima o nascimento do bebê, o jogo se restringe e dele permanece, marcadamente, a fúria com os brinquedos. O nascimento do irmão instaura um momento de caos nesta criança.

Um mês depois do acontecimento, chamo os pais para uma entrevista. Entram na sala D., sua mãe com o bebê no colo e o pai deste bebê. Na sessão seguinte a esta entrevista familiar, D. não entra mais na sala e repete em tom muito aflito: “A sala não é minha!” É só então que me vou dando conta do erro - reproduzi, no *setting*, a invasão que para ele era tão ameaçadora. Durante mais de três meses ele não entrará na sala, e sua frase será constantemente repetida: “A sala não é minha”.

Mas D. não fica na sala de espera. Vai até a entrada da sala de atendimento, instala-se num grande armário que há em frente à porta, e manda-me fechar a porta da sala comigo lá dentro. Ficamos os dois incomunicáveis - cada um na “sua sala”. Se falo, ele manda-me calar a boca. Começo, depois de um tempo, a bater na porta e a chamá-lo. De início ele não responde, mas depois também me chama, e, mais tarde, pede que eu abra a porta. Aos

poucos conseguimos conversar, cada um sentado num banquinho na beira das respectivas portas - ele na do armário, eu na da sala. Este movimento vai se instalando ora de forma tranquila, ora com muita fúria e ataques físicos que ele faz a mim e a ele próprio. O que está em questão é a necessidade de suportar os ataques e responder às aproximações que ele, lentamente, vai me assinalando. Aqui, nenhuma invasão pode ser tolerada.

Finalmente, um dia ele entra na sala e me surpreende com um pedido: “Você me ensina a escrever o meu nome? Você segura na minha mão para eu escrever o meu nome?” Começamos a escrever o seu nome, depois ele pede que eu escreva o meu, depois o dos pais ... Mas aí, novamente, ele sai da sala. O interesse pelos nomes o reconduzirá novamente à sala, até que, junto com eles, ele pode permanecer nela. Lentamente, fomos assim nos apropriando, cada um à sua forma, dos nossos próprios nomes.

NOTAS

1. J.-B. Pontalis, “Ida e Volta”, in Donald W. Winnicott, Buenos Aires, Editorial Trilce, 1978, p. 75. Tradução livre.
2. O registro de suas cartas no livro *O Gesto Espontâneo* é bastante elucidativo a esse respeito.
3. D.W. Winnicott, *O Gesto Espontâneo*, São Paulo, Martins Fontes, 1990, p. 51.
4. D.W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994, p. 437.
5. Op. cit. p. 367.
6. No livro *Da Pediatria à Psicanálise*, capítulo 10, Winnicott faz um relato detalhado acerca do tratamento de uma menina de 6 anos, feito em casa, sob os cuidados da família e com sua orientação.
7. D.W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*, p. 154.
8. D.W. Winnicott, *O Gesto Espontâneo*, p. 41.
9. D.W. Winnicott, *Holding e Interpretação*, São Paulo, Martins Fontes, 1991, p. 214.
10. Op. cit., p. 179.
11. Numa carta a Roger Money-Kyrle, de 27.11.1952, Winnicott diz que “na análise o analista está sempre falhando, mas caso receba o impacto pleno da desilusão ou do ódio, ele deve, antes de mais nada, fazer contato através da adaptação ativa e sensível de modo a tornar-se satisfatório, do contrário nada acontece.” Cf., *O Gesto Espontâneo*, p. 44.