

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC – SP

Adriane de Oliveira Camillo Pollet

A regressão na clínica winnicottiana

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**São Paulo
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Adriane de Oliveira Camillo Pollet

A regressão na clínica Winnicottiana

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do programa de Estudos Pós-graduandos em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob orientação do Professor Doutor Zeljko Loparic.

São Paulo
2010

Adriane de Oliveira Camillo Pollet

A regressão na clínica winnicottiana

Banca Examinadora:

São Paulo, _____ de _____ de 2010.

Dedico a presente monografia ao meu filho, Renèe, por tudo o que significa em minha vida, alegrando-a, energizando-a, abençoando-a. Por sua preciosidade, ternura e amor. À minha querida e amada mãe, Flora e ao meu amado pai Armando, exemplos de vida e de devoção aos filhos. Ao Meu Namorado Willie, por tanto amor, força e positividade e por termos, juntos, vencidos mais um obstáculo.

Agradecimentos

À Deus, pela inteligência e saúde. Ao meu namorado William, que sempre me apoiou e incentivou. À professora Maria de Fatima Dias, que me instruiu, com paciência e dedicação, não medindo esforços em auxiliar-me. Ao meu orientador, competente Dr.Zeljko Loparic, pessoa a qual tenho profunda admiração, que me atendeu com a máxima atenção, apoiando-me nos momentos oportunos. A professora Rosa Maria Tosta, pelo notável saber, que disponibilizou seu tempo com o intuito de ajudar-me na elaboração deste trabalho. As minhas amigas Rejane Roland Vital e Ana Lúcia Marquesini e a todos quantos me apoiaram nesta jornada intelectual, faço meus agradecimentos.

“esta preocupação com a existência do ser humano é a base de qualquer desejo de curar que o analista possa ter.” (*Winnicott*)

A REGRESSÃO NA CLÍNICA WINNICOTTIANA

Adriane de Oliveira Camillo Pollet

Resumo

Este estudo tem por objetivo destacar a relevância da regressão à dependência na clínica winnicottiana visando a saúde do indivíduo em termos positivos. Para atingir esse objetivo este trabalho foi pautado nas diferenciações entre o conceito de regressão na clínica winnicottiana e na psicanálise tradicional. Sendo assim, fez-se o estudo do início da vida onde a ênfase recai sobre a fase da dependência absoluta, pois essa é a categoria em que segundo Winnicott, o ser humano retorna dentro do processo de regressão na clínica no momento em que o desenvolvimento maturacional foi interrompido devido à falha ambiental. Para tanto, analisou-se a teoria da regressão de Freud e, em seguida, as elaborações de Winnicott para se chegar à regressão como sinal de saúde, realçando as diferenças encontradas nos tratamentos (psiconeurose e psicose). Mostrou-se como Winnicott tratou essas diferenciações na clínica ao construir a sua teoria, destacando também a importância que o autor atribui ao manejo no *setting* psicanalítico e, por fim, uma síntese de um caso atendido pelo autor, que ilustra a clínica winnicottiana da regressão.

Palavras-chave: ambiente, dependência absoluta, Winnicott, clínica winnicottiana, regressão, Little.

A REGRESSÃO NA CLÍNICA WINNICOTTIANA

Adriane de Oliveira Camillo Pollet

Abstract

This study has the objective to highlight the relevancy of regression in Winnicott clinic for the sake of individual health on positive term. In order to reach this goal, this work was developed on differences between the concept of regression in Winnicott clinic and the traditional psychoanalysis. Thus, the study of beginning of life was done where the emphasis falls on the absolute dependence step, because, by Winnicott, this is the category the human being returns into the regression in clinic at the moment when the maturity development was interrupted by the environmental fail. For this reason, the regression theory of Freud was analysed, as well as Winnicott terms to reach regression as signal of health, highlighting differences found in treatments (psychoneurosis and psychosis). It was shown how Winnicott treated these differences in clinic by building his theory, highlighting also the importance that he assign to the handling in psychoanalytic *setting*; and finally a synthesis of a case serviced by the author which illustrates a Winnicott clinic of regression.

Key-words: Environment, absolute dependence, Winnicott, Winnicot Clinic, Regression, Little.

SUMÁRIO

RESUMO	7
INTRODUÇÃO.....	9
I-Estágio da dependência absoluta	13
1. Vida intra-uterina.....	16
2 Nascimento	18
3 Período imediatamente após o nascimento.....	19
4 Estágio da primeira mamada teórica	21
2. As falhas no processo de desenvolvimento emocional primitivo.	25
II-TEORIA DA REGRESSÃO	28
1 Estudos realizados por Freud sobre regressão.....	28
2. A regressão à dependência como sinal de saúde	31
3 Diferença no atendimento da psicose	37
4 Algumas considerações sobre o <i>setting</i> analítico	38
III-A CLÍNICA WINNICOTTIANA DA REGRESSÃO.....	41
1 O Caso de Margaret Little	41
2 O ambiente da infância de Margaret Little.....	42
3 Margaret Little e suas outras análises.....	45
3 Análise com Winnicott e a prática na clínica	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
Livros consultados.....	58
Artigos consultados de D. W. Winnicott.....	60

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da psicanálise, tem-se apresentado o conceito de “regressão”, publicado pela primeira vez por Freud. Com esta informação em mente e para melhor compreensão deste estudo, apresentar-se-á um breve panorama referente ao conceito de regressão dentro da Psicologia. Este entendimento faz-se necessário, para que se compreenda como Winnicott, em sua obra, chegou a novas referências e particularidades sobre o conceito de regressão.

Para introduzir este conceito, mister se faz uma análise do termo regressão nos dicionários de psicanálise e psicologia. Percebe-se que, para a psicanálise, a palavra “regressão” é muitas vezes entendida como “um retorno a formas anteriores do desenvolvimento do pensamento, das relações de objeto e da estruturação do comportamento” (Laplanche e Pontális, 2001, p. 440).

No dicionário de psicologia, Nick e Cabral (2001) apresentam o termo como “um retorno de um padrão organizado de comportamento e mentalização, próprio de uma fase posterior do desenvolvimento, a um padrão organizado de comportamento e mentalização decorrente de uma fase anterior do desenvolvimento” (idem, p. 275).

O termo “regressão” apareceu, pela primeira vez, publicado em 1900, no último capítulo teórico das obras de Freud: “A interpretação dos sonhos”. Nessa primeira publicação, o tema se apresenta como uma espécie de mecanismo de defesa em que Freud explica a natureza alucinatória dos sonhos, e cuja finalidade é demonstrar uma característica essencial do sonho denominada pelo autor como topográfica¹ (Laplanche e Pontális, 2001).

Freud considerou a existência da regressão e em seus estudos posteriores ele reelabora o conceito de regressão na clínica apresentado-o, em alguns artigos como resistência à transferência e, em outros como mecanismo de defesa; e, assim, também associou a regressão

¹ Freud, para explicar o funcionamento da mente, divide-a em vários sistemas com características e funções diferentes; por isso esta espécie de regressão foi nomeada como topográfica devido ao quadro diagramático da mente que aparece no capítulo VII de “A interpretação dos sonhos” (1900). (Edição Standard Brasileira, Vol. V, [1], IMAGO Editora, 1972).

a pontos de fixação (1912, 1916). Porém Freud não aprofundou os aspectos positivos da regressão, pois apenas a apontava como um fenômeno impeditivo, inadequado e até mesmo patológico, responsabilizando-a pelos desvios de comportamento (1965h).

A proposta de Winnicott, ao tratar do conceito de regressão, diferencia-se, fundamentalmente, da posição de Freud, uma vez que para Winnicott a sua teoria tem como contexto central o ambiente e a relação mãe-bebê.

Esta dissertação ressalta a importância da teoria de Winnicott sobre o conceito de regressão à dependência. A teoria de Winnicott não é definida como ausência de uma patologia e sim como vida sadia, em termos positivos (Rodman, 1987b). Seguindo o raciocínio, considera-se o conceito de regressão sob outra perspectiva. Para Winnicott (1955d[1954], 1965h[1959], 1986c[1967]), a regressão é vista como um processo de cura e, por isso, traz um aspecto diferente daquele proposto pela psicanálise tradicional.

Cabe ainda registrar aqui, que dentre os pesquisadores que aprofundaram seus estudos diante da prática clínica sobre regressão em Winnicott, podem ser citados: Dias (1994); Bunemer (2002) e Vilete (2002), porém, ainda há muito que poderia ser explorado entre a teoria e a prática na clínica em relação a esse assunto.

Para este estudo, o importante será ater-se à noção de regressão na clínica terapêutica de Winnicott. Esta corresponde ao processo em que o paciente, através da regressão à dependência, torna-se totalmente dependente do ambiente (terapeuta) e é por meio disso que se poderá desenvolver emocionalmente (1989i[1989]) A regressão à dependência trará consigo a “possibilidade de corrigir uma dependência inadequada à necessidade do paciente na sua infância precoce” (Winnicott, 1955e[1954], p. 354).

Winnicott, ao criar este novo conceito sobre regressão à dependência, contribuiu para o tratamento psicanalítico, dando ênfase ao ambiente e aos cuidados da criança nas primeiras etapas do desenvolvimento. Essas pesquisas trouxeram um privilegiado campo de estudos para os futuros pesquisadores, que continuariam a trabalhar com esse novo conceito. Desse modo, verifica-se que atualmente existe uma contribuição crescente de pesquisas que abordam a temática da regressão à dependência dentro da clínica.

Vale ressaltar que as implicações estabelecidas pela clínica winnicottiana, serão trabalhadas nesta dissertação. A pesquisa na obra de Winnicott torna-se interessante para o

profissional da área clínica, como uma fonte de pesquisa na área teórica e prática. Também será mostrado no desenvolvimento outro ponto de vista: o do analisado sobre a regressão à dependência.

Como linha mestra de investigação, a metodologia utilizada será a leitura de uma extensa pesquisa bibliográfica psicanalítica, enfocando o tema proposto nas obras de Winnicott com a finalidade de apresentar, de forma sistemática, o conceito de Winnicott sobre regressão na clínica.

A dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo tem por objetivo descrever o estágio da dependência absoluta, a fim de mostrar a fase do desenvolvimento em que pode ocorrer uma falha ambiental, e na qual será necessária a retomada do amadurecimento pessoal na clínica winnicottiana.

O segundo capítulo tem como meta desenvolver a teoria da regressão, bem como mostrar as diferenças no processo analítico da regressão à dependência na clínica winnicottiana. Serão apresentados como tópicos: estudos realizados por Freud a respeito do conceito regressão, as elaborações de Winnicott para se chegar à regressão como sinal de saúde, as diferenciações técnicas e, para finalizar este capítulo, algumas considerações sobre o *setting* analítico.

No terceiro capítulo, será apresentado o caso de uma paciente de Winnicott que pôde descrever a experiência do tratamento sob processo de regressão. O caso escolhido em questão foi o de Margaret Little² que foi atendida por Winnicott e que também escreveu um livro para contar sua própria análise.

Neste caso clínico, verifica-se o ambiente familiar da paciente e outras análises às quais Little se submetera; em que se demonstra a importância, diante de seu quadro, de ter encontrado uma análise de regressão à dependência. Alguns dos mais importantes conceitos de Winnicott podem ser vistos na prática clínica no estado de regressão, tais como o manejo e a maneira como o *setting* foi organizado, de modo a possibilitar, especialmente, um retorno ao estágio de dependência absoluta. Não há pretensão de apresentar tais conceitos com a

²Margaret Little foi membro da *British Psycho Analytical Association*, tendo realizado sua pesquisa nos anos 1940. Little era pertencente ao *middle group* (ou *independent group*), do qual Winnicott fazia parte. Uma das obras mais conhecidas de Little é o livro *Transference neurosis & transference psychosis* e *Psychotic anxieties and containment*. (LITTLE, 1992).

intenção de esgotá-los, mas tão somente com o objetivo de facilitar o entendimento do tema principal abordado no caso de Margaret Little.

Para concluir, são registradas as Considerações Finais e as Referências Bibliográficas impressas e eletrônicas, utilizadas para a elaboração do presente estudo.

I-ESTÁGIO DA DEPENDÊNCIA ABSOLUTA

Winnicott, que era pediatra e estudou o ser humano desde os estágios iniciais, construiu sua teoria a partir da experiência com seus pacientes. Nesse sentido, ficou convencido de que o ser humano já nasce com uma tendência inata ao desenvolvimento emocional, em direção ao progresso e que, em cada estágio da vida, o ser humano passa por etapas de conquistas e dificuldades que são inerentes ao processo de amadurecer (1958j [1958]).

Assim, como o próprio Winnicott nomeia, esta seria “a teoria da saúde mental”, (1947c [1947]). Para Winnicott, o desenvolvimento emocional está baseado na fase inicial da vida, levando em consideração o ambiente. Sendo assim, é nesta fase inicial que a prevenção contra transtornos mentais é fundamental. Visando sempre a saúde no sentido de maturidade do ser humano, Winnicott diz que “a saúde é quase sinônimo de maturidade” (1965r [1963] p. 80).

Para Winnicott, a melhor maneira de compreender sobre o funcionamento psíquico do ser humano é entender o seu desenvolvimento emocional inicial. Winnicott dividiu o desenvolvimento emocional em três categorias: dependência absoluta; dependência relativa; rumo à independência³ (1965r [1963]).

A categoria denominada por Winnicott de dependência absoluta é o momento em que o bebê depende inteiramente da mãe (ambiente), para ser e para realizar sua tendência inata à integração em uma unidade. Winnicott relata que: “No início o lactente é completamente dependente da provisão física pela mãe viva em seu útero e depois como cuidado com lactente” (1965r [1963] p. 81).

Na dependência relativa, o bebê desenvolve meios para que possa prescindir do cuidado maternal. Isto é alcançado mediante a acumulação de memórias de maternagem, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção dos detalhes dos cuidados maternos e também, com o desenvolvimento da confiança no ambiente. Percorrendo estas etapas, o bebê

³ Winnicott D.W. Da dependência a independência no desenvolvimento do indivíduo. (1963) in O ambiente e os processos de maturação(1983).

passa, então, a progredir em seu amadurecimento, o que o autor denomina independência relativa ou rumo à independência.

Tratando-se da categoria nomeada como Rumo à independência ou independência relativa, conforme as palavras de Winnicott, é a partir deste momento que:

O lactente desenvolve meios para ir vivendo sem o cuidado real. Isto é conseguindo através do acúmulo de recordações do cuidado, da projeção de necessidade pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado, como desenvolvimento da confiança no meio(1960c [1960],p.42).

É por intermédio desta confiança no meio ambiente que o indivíduo sadio se indentifica com a sociedade e entra em contato com círculos sociais cada vez mais abrangentes. É importante ressaltar que, segundo Winnicott, a independência nunca é absoluta; o indivíduo não se torna um ser isolado, mas se relaciona com o ambiente de tal modo que se pode dizer que ambos se tornam interdependentes (Winnicott,1965 r [1963]).

Ao examinar o ser humano em seu desenvolvimento saudável no início da vida , a ênfase recai sobre a categoria da dependência absoluta, pois essa é a categoria em que, segundo Winnicott, o ser humano retorna dentro do processo de regressão na clínica, quando ocorre uma falha ambiental inicial entre a relaçãomãe-ambiente-bebê (1955d[1954]). Nesta categoria a falha ambiental dará origem a uma patologia, denominada por Winnicott de psicose (1984i [1961]). É necessária a análise desta forma, pois Winnicott diz explicitamente que: ”A saúde mental do indivíduo com respeito à exclusão de doença psicótica foi estabelecida pelo lactente e a mãe, juntos, nos estágios iniciais do crescimento e cuidado materno” (1965vd [1963] p.211).

Winnicott ainda comenta que o estágio relacionado a uma doença psicótica é anterior aos cinco ou seis meses de idade⁴, pois é nessa fase que muita coisa já aconteceu; trata-se de um período que “dura poucos meses até o fim da gravidez e o começo de vida da criança” (1965vd [1963], p82). O lactente ainda não percebe a mãe como algo externo a ele (1945 d,[1954], 1965r [1963]). Para elucidar a assertiva, um comentário do próprio autor:

O desenvolvimento emocional primitivo do bebê - antes que ele conheça a si mesmo (e, portanto aos outros) como pessoa inteira que ele é (e que os outros são) – é vitalmente importante, e é neste período que serão encontradas as

⁴Essa fase é descrita por Winnicott, como uma previsão, uma vez que esse estágio pode ser alcançado antes ou depois desta idade. (1945d, p.222)

chaves para compreendermos a psicopatologia da psicose (Winnicott 1945d[1954], p 222).

Ocorre o desenvolvimento da personalidade do bebê neste estágio: o da dependência absoluta, enfatizando a importância da mãe e suas funções no período inicial da vida do bebê. A mãe, para Winnicott é a pessoa mais qualificada para cuidar do seu bebê, pois ela tem uma capacidade especial de adaptar-se aos cuidados com o lactente. O ego⁵ do lactente encontra-se em formação e por isso, é neste momento, chamado de dependência absoluta, que a criança necessitará de alguém capaz de dedicar-se por certo período a essa tarefa natural e assim, satisfazer os cuidados iniciais do bebê (1965n[1962]).

A presença de uma mãe atenta na vida do bebê cria um ambiente suficientemente bom, que permite ao bebê alcançar, conforme as necessidades do momento, as satisfações apropriadas, bem com, vivenciar sem temor as angústias, ansiedades e conflitos. O mesmo pode ser dito em relação aos primeiros estágios de uma análise, em que é possível estabelecer uma analogia entre analista-paciente e mãe-bebê, pois no pensamento de Winnicott o que acontece no processo analítico é fundamentado no par mãe-criança (1958j [1958]).

Apoiando-se em Winnicott, pode-se afirmar que a psicose é uma doença resultante do fracasso nos cuidados com o bebê, o que remete à fase de dependência absoluta. A clínica winnicottiana estabelece que o tratamento para psicose consiste em “proporcionar ao paciente a oportunidade para ter experiências que pertencem propriamente ao início da infância, sob condições de extrema dependência” (1984i [1961], p.268).

O tratamento ao qual Winnicott se refere é denominado de regressão à dependência (1965h [1959]). Para Winnicott, a possibilidade de regredir no *setting* e receber os cuidados necessários por parte do analista, cria base para uma esperança a este indivíduo psicótico, visto que é apenas por meio de um ambiente favorável que o paciente retoma o seu processo de desenvolvimento e amadurecimento.

⁵“Aqui, ‘ego’ equivale a um somatório de experiências. O eu individual tem como início um somatório de experiências tranquilas, motilidade espontânea e sensações, retornos da atividade à quietude, e o estabelecimento da capacidade de esperar que haja recuperação depois das aniquilações; aniquilações resultantes das reações contra intrusões do ambiente. Por esta razão é necessário que o indivíduo tenha o seu início nesse ambiente especializado ao qual me referi com o título: “Preocupação Materna Primária” (1958n[1956] p.405)

O estágio de Dependência Absoluta fundamentará a compreensão da regressão na clínica winnicottiana.

Winnicott mostra o quanto se é dependente desde o útero materno, o que fica elucidado com a seguinte citação: “... no início, éramos absolutamente dependentes psicologicamente, e, por *absolutamente*, quero dizer *absolutamente*” (Winnicott,1987c [1966]).

O bebê no início da vida é absolutamente dependente, e por isso, o autor estudado, denominou de dependência absoluta, esta fase em que o bebê depende inteiramente da mãe para ser e para realizar sua tendência inata à integração em uma unidade (1945d [1945]). Segundo Elza Dias, a melhor sub-divisão para este período de dependência é: a vida intra-uterina; o nascimento; o período imediatamente após o nascimento e o estágio da primeira mamada teórica (Dias, 2003).

1. Vida intra-uterina

Há algum tempo, dizia-se que o desenvolvimento emocional do ser humano iniciava-se no momento de seu nascimento. Com o passar do tempo, e depois de muitas pesquisas, tanto na área tecnológica como psicanalítica, foi concluído que o desenvolvimento do psiquismo humano tem início ainda no ambiente intra-uterino. Winnicott afirma que “a data do nascimento é obviamente notável, mas até ali muita coisa já aconteceu.” (1988 [1988] p.47).

A afirmação de Winnicott referente às experiências do bebê no útero materno pode ser comprovada cientificamente, observando a alternância de intensidade nos movimentos fetais e nos batimentos cardíacos do bebê através da ultrassonografia e da ecografia, de acordo com as alterações emocionais da própria mãe. Winnicott conclui que:

Devemos presumir que, antes do parto, o bebê já seja capaz de reter memórias corporais, pois existe certa quantidade de evidências de que, a partir de uma data anterior ao nascimento, nada daquilo que um ser humano vivencia é perdido (1988 [1988], p.147).

Para Winnicott, o desenvolvimento emocional do ser humano não se inicia com o nascimento; o que existe é uma continuidade deste desenvolvimento que tem início no útero materno, postulado pelo autor como o estado de *ser* do bebê. Este estado descrito por Winnicott ocorre no bebê normal, numa etapa muito precoce, antes do nascimento e tem uma continuidade logo após o nascimento (1988).

O estado de *ser* do bebê está diretamente relacionado a dois fatores: o potencial do indivíduo que é herdado e os cuidados maternos. Winnicott comenta "(...) que o potencial herdado de um lactente não pode tornar-se um lactente, a menos que esteja ligado ao cuidado materno" (1960c [1960], p. 43). Em outras palavras o indivíduo necessita dos cuidados do meio ambiente para desenvolver o seu potencial herdado.

Diante das contribuições de Winnicott sobre a continuidade de *ser* do bebê, compreende-se a importância do ambiente desde o útero materno, apesar do potencial do lactente já herdado. Winnicott ainda salienta que a continuidade deste estado de *ser* é saudável e que pertence ao bebê, e não ao observador.

Winnicott faz uma analogia do lactente com uma bolha para exemplificar a influência do ambiente na continuidade de *ser* do bebê. Segue a explicação do autor:

Se tomarmos como analogia a bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode *seguir existindo*. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos "sendo". Se, por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor que aquela do seu interior, a bolha passará a *reagir à intrusão*. Ela se modifica como reação a uma mudança do ambiente, e não a partir do impulso próprio (Winnicott 1988[1988] p.148).

Na analogia de Winnicott, verifica-se que o bebê vai reagir de acordo com as condições ambientais encontradas por ele. No caso da intrusão da continuidade de *ser*, no útero materno, fica vinculado, diretamente, a o estado emocional da mãe. O Autor assinala que "a rigidez ou inadaptabilidade da mãe - devido às ansiedades ou estado depressivo - podem, portanto, tornar-se evidente para o bebê" (Winnicott, 1988 p.148).

Desde a vida intra-uterina o feto procura uma certeza de que há valor e razão para a vida, se aceitará o desafio para o desenvolvimento e crescimento sob a influência do ambiente, ou se escolherá a estagnação causadas pelas intrusões do ambiente e assim fugindo

da realidade. E com base nesta afirmativa de Winnicott sobre a capacidade de ser do bebê dar-se-à início a próxima sub-divisão, do estágio da dependência absoluta, o nascimento.

2 Nascimento

Com a proximidade do final da gravidez, o bebê tem a experiência de um novo momento, o do parto, e terá que lidar com grandes mudanças que ocorrerão a partir deste momento. Se durante os primeiros meses, tudo correu bem, o lactente já tem a capacidade de lidar com as interrupções da continuidade de ser desde que elas não sejam intensas demais, nem excessivamente prolongadas (Winnicott,1988[1988]).

Em Winnicott verifica-se que, apesar do parto ser uma experiência forte para o bebê, ele não será traumático em um nascimento normal. O nascimento normal inclui três grandes características elaboradas pelo autor:

Em primeiro lugar, a de que o bebê experimenta uma interrupção da continuidade do ser (pela intrusão relativa à mudança e a pressão, etc.), mas já alcançou em grau suficiente de conseguir, diante de construir pontes sobre os abismos da continuidade de ser, que as reações contra intrusão representam. A segunda é de que o bebê já possui memórias de sensações e impulsos que são fenômenos próprios do self, já que pertencem ao período de ser em vez de momentos de reação. O terceiro aspecto pressupõe que a mecânica do parto não seja muito anormal, quer dizer, que o parto não seja nem precipitado nem excessivamente prolongado(Winnicott 1988[1988], p 165).

A partir de um parto saudável ocorrerá o nascimento do lactente e durante as primeiras semanas de vida, o desenvolvimento da identificação do bebê com a mãe. Winnicott adverte sobre a importância da “mãe suficientemente boa” neste período para iniciar o desenvolvimento do bebê (1965vf [1960]).

No artigo intitulado “A mãe dedicada comum”, escrito em 1966 , Winnicott descreveu um estado psicológico especial que acomete as mulheres gestantes no final da gestação e nas semanas que sucedem o parto (1987c[1966]). Trata-se, pois, de uma condição psicológica muito especial, de sensibilidade aumentada, não bastando apenas, que a mãe olhe para o seu filho com o intuito de realizar atividades mecânicas que supram as necessidades dele. Essa

condição especial é intitulada por Winnicott como “preocupação materna primária” (1963a [1956]).

Na obra de Winnicott, por meio da preocupação materna primária, toma-se conhecimento, que uma relação saudável é aquela que ocorre entre a mãe e o bebê, em que a mãe dedica a seu filho toda a atenção de que precisa, atendendo suas necessidades de alimentação, higiene, acalento ou o simples contato sem atividade. Desta relação emergirão os fundamentos da constituição da pessoa e do desenvolvimento emocional-afetivo da criança.

Ainda no artigo em tela, o autor relata como surgiu a expressão "mãe dedicada comum", que serviu para designar a mãe capaz de vivenciar esse estado, voltando-se naturalmente para as tarefas da maternidade, temporariamente alienada de outras funções, sociais e profissionais.

Winnicott afirma que, na base do complexo de sensações e sentimentos peculiares da fase da dependência absoluta, está um movimento regressivo da mãe na direção de suas próprias experiências enquanto bebê e das memórias acumuladas ao longo da vida, concernentes ao cuidado e proteção de crianças (1988 [1988]). Esse estado especial da mãe, de regressão temporária, faz com que ela seja capaz de desenvolver uma sintonia fina com seu bebê, compreendendo-o por meio de uma surpreendente capacidade de identificação e constituindo, com ele, em uma unidade (Winnicott, 1958n [1956]).

Dessa maneira, é possível chamar esse processo de regressão temporária, considerada saudável e de grande importância, visto que a mãe se acha num estado de sensibilidade aumentada e de retraimento de acentuada concentração, como se a mãe estivesse no lugar do bebê. Com este comportamento, a mãe consegue perceber o que o bebê realmente necessita.

3 Período imediatamente após o nascimento

No período imediatamente após o nascimento, o recém-nascido depara com condições adversas, ao se defrontar com um universo desconhecido. Assim, nesse primeiro momento, o bebê está muito sensível a esse novo ambiente, de modo que necessita de um espaço de tempo para adaptar-se a todas as mudanças ocorridas como: temperatura, luz e textura. Neste período, o bebê também tem que se adaptar a mais dois fatores vitais: a respiração e a lei da gravidade(Dias, 2003).Citando a referida autora:

Não é logo que nasce que um bebê precisa de alimento ou está completamente pronto para buscá-lo. O que ele realmente precisa é de um tempo para recuperar-se das discontinuidades que são inerentes ao processo de nascimento, e retornar ao sentimento de continuidade de ser (Dias 2003, p.163)

A mãe, nessa etapa, deve adequar-se a essas primeiras necessidades do bebê, que são corporais e serão transformadas paulatinamente em necessidades do ego. (Dias, 2003). Pode-se dizer, então, que o estabelecimento do ego surge por meio das experiências existentes entre mãe e bebê, e acompanha a capacidade da mãe de “sustentar” o seu bebê, dando apoio ao ego do filho, fornecendo-lhe o ambiente que Winnicott chamou de “suficientemente bom”.

Este ambiente, assim nomeado por Winnicott no começo da vida, refere-se à mãe que se adapta de modo satisfatório às necessidades do bebê, pois o bebê não tem amadurecimento necessário para desejar objetos, tê-los ou percebê-los (1965r [1963]). Em outras palavras, do ponto de vista do bebê, ainda nesse momento, segundo Winnicott, (1988), o bebê não tem meios de perceber que existe um ambiente; ele não está separado do aspecto ambiental em unidade total. Winnicott acreditava que “no começo, o bebê é o ambiente e o ambiente é o bebê” (1964e [1963], p.60).

O lactente se encontra em fusão com sua mãe, como se houvesse uma compreensão mágica de suas necessidades e nesse momento é deste ambiente que o lactente necessita (1960c[1960]). Para a mãe, nos estágios iniciais do seu bebê, é de extrema importância o apoio do seu marido e de seus familiares, para poder construir um ambiente suficientemente bom para seu desenvolvimento emocional(1960r [1963]). Complementando sobre o ambiente “suficientemente bom”, Winnicott comenta:

Alguém se referiu ao favorecimento suficientemente bom como ‘o ambiente médio imaginável’. O fato é que através dos séculos, mães, e pais, e substitutos dos pais têm, na verdade, geralmente favorecido exatamente aquelas condições que o lactente e a criança pequena realmente necessitam de início, no estágio de sua maior dependência, e isto continua até um pouco mais tarde quando, como crianças, os lactentes vão se tornando algo separado do ambiente e relativamente independentes (1965r [1963] p. 91).

Como o próprio Winnicott mencionou, este ambiente favorável ao bebê não deve ser apenas no período imediatamente após o nascimento e devido a isto, faz-se pertinente o estudo concomitante dos outros estágios.

4 Estágio da primeira mamada teórica

No início do estágio da primeira mamada teórica⁶, descrita por Winnicott, é relevante o entendimento de um processo ambiental que ocorre desde muito cedo na vida do bebê, denominado como apresentação de objetos (1965vf [1960]). Para o bebê recém-nascido, no estágio anterior à primeira mamada descrita por Winnicott, a mãe ainda não é um objeto externo nem interno, porque tanto o sentido da exterioridade, como o de mundo interno, ainda não foram constituídos. (Dias, 2003). f

A construção do sentido de interioridade e de exterioridade se inicia a partir do conjunto de experiências envoltas na amamentação, onde a mãe suficientemente boa permitirá ao bebê o começo do contato com a realidade. Dessa forma, a mãe apresenta o mundo gradativamente, enquanto o bebê o cria. Deste relacionamento do lactente com a mãe é que se dá a impressão, para o bebê, de que o que ele imagina, realmente existe. Complementando com a afirmativa de Dias:

“Quando tudo corre bem, começam a se *estabelecer-se os primórdios da relação com a realidade externa*, da qual a mãe é a primeira representante. O mais importante, aqui, é a qualidade de contato humano, a realidade das experiências que estão sendo providas ao bebê *por meio do ato da amamentação*: o encontro de algo que o bebê não sabe ser um objeto e o início de uma comunicação peculiar com a mãe, irreptível verbalmente”. (Dias, 2003 p. 165).

A mãe dedicada deve dar continuidade a esse processo de ilusão, oferecendo o objeto necessitado pela criança no momento de sua necessidade, conferindo ao gesto materno a qualidade de precisão do contato humano. O contato humano descrito por Dias (2003), que é entendido por Winnicott como manipular (*handling*) e também o segurar (*holding*), faz parte das condições ambientais enunciadas por Winnicott, como a apresentação de objetos, descrita anteriormente (1965vf [1960]).

O *Handling* (manipular) é entendido como as experiências no relacionamento mãe-bebê e a interação é mediada pelo contato corporal. As manifestações corporais (reações psicossomáticas) do bebê são vividas por sua mãe como comunicações. Sobre o assunto,

⁶ Winnicott nomeia desta forma para mostrar que não é a primeira mamada e sim um conjunto de experiências concretas que vem com a amamentação (Dias,2003).

Winnicott comenta que “A manipulação facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança”. (1965vf [1960], p.27).

A função de *holding* (segurar) está associada à mãe em identificar-se com seu bebê. No estado de regressão temporária da mãe, ela consegue realmente adaptar-se às necessidades do bebê. O *holding* refere-se às experiências e à qualidade dos cuidados fornecidos pela mãe à criança, relacionadas à estabilidade do meio ambiente e a autenticidade dos cuidados maternos. Por meio do *holding*, a criança vai adquirindo o senso de identidade pessoal (1960c [1960]).

Junto com as condições ambientais necessárias para os cuidados maternos específicos, *handling*, *holding* e apresentação de objeto, o lactente está envolvido em três tarefas: a integração, a personalização e a realização que serão descritas abaixo.

Por meio do *handling*, Winnicott conceituou o estabelecimento da personalização. A personalização é uma das tarefas principais e fundamentais realizadas pelo bebê e juntamente com ela, ocorrem: a integração e a realização. Essas tarefas são concomitantes ao ambiente que oferece condições ao bebê de crescer, em termos de desenvolvimento emocional. (Winnicott, 1945d [1945], 1965vd [1963]).

Na personalização temos o processo em que o bebê conquista e desenvolve o sentimento de habitar no próprio corpo, devido às experiências repetidas e tranquilas do cuidado corporal, recebidas na maternagem (1945vd [1963]). Sendo assim, é com a frequência de cuidados que o lactente constrói a personalização.

Quanto à integração, é importante salientar que, para Winnicott, “ela começa imediatamente após o início da vida” (1945d [1945], p.222). O ser humano parte da não-integração, e o amadurecimento humano é fruto da tendência ao crescimento e da integração dos vários aspectos da personalidade, os quais deverão adquirir a formação de unidade psicossomática no tempo e no espaço (1965n [1962]).

O autor dá exemplos em um texto de 1945, sobre pacientes psicóticos que não conseguiram integrar-se no tempo e no espaço; como era difícil para um de seus pacientes se localizar no tempo e saber em que dia da semana ele se encontrava; e em outro caso uma paciente que vivia a maior parte do tempo em sua cabeça, atrás de seus olhos, não localizando sua personalidade dentro do espaço do seu próprio corpo. (Winnicott 1945d [1945]).

Segundo Winnicott, é a partir da integração que os indivíduos saudáveis se encontram dentro do próprio corpo e desta forma,

sentem que o mundo é real. (1945d [1945]). De acordo com Winnicott:

A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro (1945d [1945],p.224).

Sendo assim, é o conjunto de experiências descritas por Winnicott na integração, ou seja, os cuidados maternos com o lactente e as experiências impactantes, que, juntos, reúnem os elementos interiores da criança que vão compor gradualmente a personalidade.

O estado anterior à integração é denominado por Winnicott de não-integração. A partir deste estado primitivo, o lactente vai gradualmente se integrando. Quando a criança descansa, pode voltar à não-integração. É um estado de relaxamento saudável, em que a mãe, neste momento, deve saber conduzir devidamente, dando ao bebê a segurança de que ele necessita, a qual muitas vezes se limita apenas ao colo. Aqui se faz necessário o suporte egóico da mãe como ego auxiliar, o que permite ao lactente esse momento de relaxamento(1965n [1962]). Quanto à não-integração, Jan Abram, a respeito dos pensamentos de Winnicott, relata:

Tanto o bebê como o adulto capazes de relaxar e de não-integrar-se conhecem existencialmente a experiência de confiar e de sentir-se salvo. Esta é uma experiência que conduz à capacidade de gozar das atividades culturais. A não-integração está associada ao ser e à criatividade. A capacidade de não-integrar-se, assim, também constitui-se em uma aquisição do desenvolvimento(Abram,1996 p.123).

Abram, por meio de sua citação, demonstra a importância que Winnicott dá à não-integração no desenvolvimento emocional do indivíduo. A não-integração, que descreve o estado primitivo do lactente, também está associada à regressão à dependência na situação transferencial. Winnicott entende que: “Na situação transferencial, durante a análise de um paciente psicótico, temos a mais clara prova de que o estado psicótico de não-integração tinha o seu lugar natural num estágio primitivo do desenvolvimento emocional do indivíduo”(1945d [1945],p.224)

Com o desenvolvimento da criança, o que pode ocorrer é uma defesa contra a integração e não mais pode ser denominada como não-integração. Winnicott teoriza que:

O termo desintegração é empregado, a fim de descrever uma defesa bastante sofisticada, uma defesa que é a produção ativa do caos que se defende da não integração na ausência de um suporte egóico materno, ou seja, contra ansiedade impensável ou arcaica, resultante da falha do *holding* no estágio de dependência absoluta. O caos da desintegração pode ser ‘mau’ como a confiança do ambiente, mas possui a vantagem de ter sido produzido pelo bebê e, portanto, não dizer respeito ao ambiente. Ele faz parte de onipotência do bebê. Em termos psicanalíticos, é analisável, enquanto as ansiedades impensáveis não o são (1965n [1962], p.61).

Assim, a desintegração é uma defesa ativa que ocorre, quando uma fragmentação da personalidade é produzida e mantida para evitar a destrutividade. Na clínica winnicottiana “encontramos vários tipos de desintegração bem organizada, mesmo em crises severas ou surtos psicóticos”(Winnicott,1988 [1988] p. 140).

Outro mecanismo de defesa que ocorre, quando há um problema na não-integração, é chamado por Winnicott de dissociação, onde a integração não se dá por completo e permanece parcial. O autor comenta que esta defesa é “extremamente frequente, e leva a consequências surpreendentes...” e ainda acrescenta que “Na infância a dissociação surge, por exemplo, em condições comuns tais como o sonambulismo, a incontinência fecal, algumas formas de estrabismo, etc.” (1945d [1945]) .

Winnicott, porém, propõe que a dissociação pode ser muito proveitosa, se estudada nas suas formas iniciais. Para o autor, o lactente de início não consegue fazer a distinção e junção de que a mãe, que por ele é construída e lhe atende prontamente, é a mesma que ele quer destruir por ataques vorazes, por exemplo. A integração destes aspectos descritos pelo autor só acontecerá no decorrer do tempo.

Finalmente, quanto às tarefas desempenhadas, no que concerne à realização, o bebê está diretamente associado ao processo de ilusão e desilusão, que a mãe realiza com o bebê, mostrando ao lactente o mundo real em pequenas doses, capacitando-o a relacionar-se com objetos.

Nesta tarefa fundamental, se a integração e a personalização forem bem sucedidas, conseqüentemente a adaptação à realidade externa pode ser tomada como natural e tornando real o impulso criativo da criança(1965vf [1960]) .

Ao conceituar a adaptação à realidade externa, tem-se a percepção da extrema importância desta tarefa exercida pelo bebê, pois Winnicott, ao analisar psicóticos, descobre a

falta essencial de relações verdadeiras com a realidade externa(1945d [1945]).No caminho do desenvolvimento emocional, a recusa do real marca e caracteriza a psicose.

Após os primeiros cuidados maternos adequados e as tarefas básicas e fundamentais desempenhadas com qualidade de precisão da dependência absoluta, será possível dar início a um novo estágio em que o bebê vive estados de integração e não-integração, e formar, assim, conceitos de mundo externo e interno, podendo, então, prosseguir em seu amadurecimento. A esse estágio Winnicott denomina dependência relativa.

Nesse período de dependência relativa, o bebê desenvolve meios para poder prescindir do cuidado maternal, o que se consegue mediante a acumulação de memórias de maternagem, da projeção de necessidades pessoais, da incorporação dos detalhes do cuidado maternal e com o desenvolvimento da confiança no ambiente. A mãe suficientemente boa deve compreender esse movimento do bebê rumo à independência relativa e a ele corresponder, permitindo-lhe falhas que abrirão espaço ao desenvolvimento (1988).

Com a chegada a este estágio, o indivíduo saudável já tem condições de perceber as falhas e defender-se delas e, assim sendo, não lhe acarretará uma doença psíquica da ordem da psicose.

A partir deste momento dar-se-a início às falhas que na dependência absoluta podem acarretar a doença psíquica, mais especificamente a psicose.

2. AS FALHAS NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO.

Sabe-se que a dependência absoluta, no sentido de desenvolvimento emocional suficientemente bom, está intimamente relacionada às condições ambientais adequadas à necessidade do bebê, bem como à sensação de continuidade de ser do bebê.

Conforme foi verificado nos artigos de Winnicott, o bebê, no início de sua vida, apesar de sua capacidade herdada para ser, não consegue desenvolver-se emocionalmente sozinho; há necessidade de uma pessoa específica, para que o lactente se desenvolva, e apresente o mundo ao bebê em pequenas doses, criando um ambiente, que dê condições, diante de suas necessidades (Winnicott, 1945 d).

Para Winnicott junto com o processo de ilusão em que se apresenta o mundo ao bebê, de acordo com suas necessidades, o ambiente deve fornecer condições para desilusão do bebê. Essa desilusão inclui as falhas que são normais e saudáveis; na verdade, o bebê necessita destas falhas para seu desenvolvimento emocional. A mãe suficientemente boa falha, mas consegue corrigir esta falha em um tempo necessário ao lactente (1989d [1965]). No limiar deste raciocínio, segundo Winnicott, a correção das falhas cria no lactente o significado da comunicação do amor entre mãe e bebê:

O bebê nada sabe a respeito da comunicação, a não ser dos efeitos da falta de confiança. É quando se estabelece a diferença entre a perfeição mecânica e o amor humano. Os seres humanos sempre falham: no decorrer dos cuidados comuns, a mãe tenta o tempo todo corrigir suas falhas. Essas falhas relativas, com imediata reparação, indubitavelmente, somam-se finalmente à comunicação, a fim de que o bebê venha a conhecer o que é o sucesso. Uma adaptação bem sucedida, portanto, origina o sentimento de segurança e de ser amado. (1987d [1967], p.98)

Winnicott deixa evidente a importância da presença da mãe saudável nos cuidados maternos. Mesmo quando esta falha, ela pode reconhecer esta falha e, desta forma, repará-la. Winnicott, porém, comenta, em pequenas vinhetas dos seus artigos, sobre aquelas mães, incapazes de proporcionar condições ambientais suficientemente boas para o seu bebê. São mães que podem apresentar problemas na ordem de uma depressão, ou podem ser ansiosas em excesso ou até mesmo podem apresentar uma psicose, não podendo se entregar à preocupação materna primária. (1988).

Quando uma mãe não consegue desenvolver a sua preocupação materna primária saudavelmente e não proporciona condições ambientais e necessárias ao lactente - o *holding*, o *handling* e apresentação de objetos - a continuidade de ser é interrompida de forma intensa e prematura. Isso causa falhas de adaptação ao meio e, no momento da dependência absoluta, são sentidas como invasões que provocam interrupções na continuidade do ser. Sobre o contexto acima Winnicott comenta:

Se o ambiente não se comporta de modo suficientemente bom, o indivíduo passa a reagir à intrusão, e os processos do eu são interrompidos. Se este estado de coisa atinge um certo limite quantitativo, o núcleo do eu passa a ser protegido. Há uma paralisação, e o eu não consegue novos progressos, a não ser que a situação da falha ambiental seja corrigida do modo como descrevi anteriormente. Com o eu verdadeiro protegido, surge um eu falso construído sobre a base de uma submissão defensiva, aceitação da reação da intrusão (1955d [1954] p.386).

As reações a estas intrusões interrompem a continuidade de ser, de modo que o indivíduo tem seu desenvolvimento emocional estacionado e os processos do eu são interrompidos. Desta forma, não consegue alcançar a integração unitária e, conseqüentemente, causa no indivíduo uma sensação de inutilidade e irreabilidade que derivam do desenvolvimento de um eu falso.

O eu falso que surge como proteção ao eu verdadeiro está diretamente relacionado com uma doença psíquica. A doença psíquica, em questão, é a psicose, o resultado de uma defesa. A defesa é contra a ansiedade primitiva produzida pela falha. Sem a defesa, haverá uma quebra da organização mental da ordem de desintegração, perda do senso do real e perda da capacidade de se relacionar com os objetos(1989vk [1965]).

Nesse sentido, a doença mental seria a interrupção do desenvolvimento emocional, como Winnicott pontua: um “bloqueio ao desenvolvimento”. Este bloqueio ocorre devido às falhas ambientais. Assim, se esse bloqueio é retirado, ocorre o crescimento e surge a ideia de uma dinâmica direcionada à cura (Winnicott, 1986c [1967]). Winnicott ainda comenta que é saudável que o indivíduo proteja o eu contra as falhas maternas:

É preciso incluir na teoria do desenvolvimento humano a idéia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra falhas ambientais específicas através do *congelamento da situação da falha*. Ao mesmo tempo, há a concepção inconsciente (que pode transformar –se numa esperança consciente) de que em algum lugar momento futuro haverá a oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida, com um indivíduo num estado de regressão dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada. A teoria aqui proposta é a da regressão como parte do processo de cura (1955d [1954],p.378).

Se o ambiente inicial não pode dar condições necessárias, para que o indivíduo se desenvolva, é na clínica winnicottiana que o psicólogo tem que criar condições, para que, quando houver momentos regressivos, ele seja capaz de proporcionar um suprimento e uma sustentação, exatamente onde o ambiente inicial falhou.

Agora, com essa nova oportunidade, poderá haver uma retomada do "continuar a ser". Está aqui a esperança de que esta nova oportunidade realize, ainda que tardiamente, uma adaptação adequada.

II-TEORIA DA REGRESSÃO

O conceito de regressão na psicanálise teve sua primeira publicação nos artigos de Freud (1900), então mister se faz, para se compreender a nova visão de Winnicott, entender a origem do conceito tanto em Freud como em Winnicott, e assim poder também perceber as novas técnicas utilizadas na clínica diante deste progresso.

Este capítulo tem como meta desenvolver a teoria da regressão, bem como mostrar as diferenças no processo analítico da regressão à dependência na clínica winnicottiana. Serão apresentados como tópicos: estudos realizados por Freud sobre regressão, o conceito de regressão em Winnicott, as diferenciações técnicas entre a neurose e a psicose, e para finalizar, algumas considerações sobre o setting analítico.

1 Estudos realizados por Freud sobre regressão

Na primeira vez em que o termo regressão foi publicado por Freud o autor explica a natureza alucinatória dos sonhos e descreve a regressão como um mecanismo de defesa. Freud teoriza que no estado de vigília, a excitação se move num sentido progressivo: ela se inicia com a percepção de um estímulo e segue, primeiramente, para o pensamento e somente depois, para a ação. Nos sonhos alucinatórios, a excitação se move numa direção retrocedente, na qual o acesso da motilidade é recusado e regride até o sistema da percepção. Assim é apresentada a primeira manifestação de Freud sobre o conceito regressão (1900).

Vale destacar que tal conceito de regressão foi reelaborado várias vezes por Freud e citado em diversos artigos de sua autoria, bem como na terceira edição de “A interpretação dos sonhos”. Essa é a edição em que, enfim, há a associação do termo às duas funções: o mecanismo de defesa, anunciado anteriormente e o fator patogênico. Para Freud, o conceito de regressão pode ser diferenciado sob três aspectos: o topográfico, o temporal e o formal.

Em Laplanche e Pontális (2001) encontram-se muito bem elucidadas essas diferenciações realizadas por Freud. A regressão topográfica ocorre, quando a libido percorre, por exemplo, o caminho do pré-consciente para o inconsciente. Ela é particularmente

manifestada nos sonhos, mas também pode ocorrer em processos alucinatorios e em lembranças evocadas pela memória.

A regressão temporal, paulatinamente, ganhou destaque e sua conceituação se tornou mais definida entre os anos de 1910 a 1912, devido às contribuições de Freud ao desenvolvimento psicosssexual do indivíduo. Ela é descrita como uma espécie de retorno às estruturas psíquicas mais antigas, observadas nas fases do desenvolvimento, a saber: fases libidinais, relações de objeto e identificações.

A regressão formal, por sua vez, dá-se quando os modos de expressão e de figuração habituais são substituídos por modos primitivos. Os métodos primitivos de expressão e de representação tomam o lugar dos métodos habituais. Essas três formas de regressão, na sua base, são apenas uma e, na maioria dos casos, coincidem e até mesmo se fundem (Laplanche e Pontális, 2001).

Além disso, Freud (1912) ainda amplia o conceito de regressão, que sempre retomou, durante os anos compreendidos entre 1912 e 1920, para tratar do conceito de transferência. Essa forma especial de regressão “temporal” é apresentada como um “obstáculo ao trabalho analítico” e, por isso, ela é estabelecida como um tipo mais potente de resistência.

Na vigésima segunda conferência realizada por Freud (1916), retomam-se os conceitos de “fixação” e “regressão”, considerando-os processos interdependentes e fortemente ligados à neurose, de forma a descrever o caminho que faz a libido para fases anteriores do desenvolvimento psicosssexual. Trata-se, assim, de um conceito no qual o caminho da regressão era, em geral, determinado pelas fixações, com tendência a regredir ao estágio em que havia se fixado anteriormente.

Ainda, para o autor acima citado, as fixações e as regressões eram responsáveis pelos desvios no desenvolvimento da personalidade. A regressão é descrita neste artigo, como um mecanismo de defesa associado à fixação. Neste sentido entende-se que, para Freud, quando uma pessoa esbarra em uma experiência traumática, causada por uma excessiva angústia ou uma frustração, procura retornar a um estado anterior (ponto de fixação), em que a angústia lhe parece suportável (Freud, 1916).

A regressão na psicanálise tradicional, como se pode verificar, está relacionada a mecanismos de defesa e a pontos de fixação, sempre como um empecilho na clínica. O que não poderia ser diferente à teoria de Freud que está centralizada nas ansiedades de castração e no complexo de Édipo, ou seja, o foco das doenças era as neuroses.

Tal entendimento é importante, para que se possa, nesta dissertação, demonstrar a distinção entre as obras de Freud e Winnicott, como será abordado no próximo capítulo.

2. A regressão à dependência como sinal de saúde

Na obra de Winnicott se introduz um novo quadro na teoria⁷, havendo uma ruptura do pensamento de Winnicott com relação à teoria de Freud. Com este novo olhar dentro da psicanálise, a teoria está centralizada no ambiente, na relação mãe-bebê (Loparic, 2001). A proposta de Winnicott ao tratar do conceito de regressão, diferencia-se, fundamentalmente, da posição de Freud. Tais aspectos fazem parte do processo de cura e não somente como retorno aos pontos de fixação, como mencionava Freud em seus artigos.

Nota-se, assim, a mudança existente na psicanálise promovida por Winnicott, o que também resultou na modificação do termo “regressão” utilizado na psicanálise tradicional. O olhar de Winnicott encontrava na regressão à dependência o caminho para a retomada do desenvolvimento humano saudável.

Winnicott pontua a regressão como sinal de saúde, no entanto, para chegar a conclusões mais elucidativas sobre este assunto, é necessário saber um pouco mais sobre o contexto histórico no qual o psicanalista estava inserido. Winnicott vivenciava um momento histórico muito diferente, em meio à devastação da guerra e, sendo pediatra, veio a trabalhar com crianças, o que possibilitou a implementação de novos procedimentos, levando-o a descobertas que abriram campo para a criação de nova proposta teórica.

Donald Woods Winnicott nasceu em 1896, oriundo de uma família rica de comerciantes em Plymouth, na Inglaterra, e aparentemente teve uma infância feliz. Ao entrar na faculdade de Medicina, foi convocado para servir como cirurgião-estagiário na Primeira Guerra Mundial, na qual fez as primeiras observações sobre o comportamento humano em situações traumáticas. Especializou-se em Pediatria e trabalhou durante 40 anos no Hospital Infantil Paddington. Paralelamente, preparou-se para ser psicanalista. Trabalhou como consultor psiquiátrico do governo, tratando crianças afastadas dos pais na Segunda Guerra Mundial (Rodman, 1987b).

⁷ Loparic (1997) demonstra que o problema central da psicanálise winnicottiana não é do "andarrilho na cama da mãe", mas o do "bebê no colo da mãe" O filósofo coloca como caso central o bebê no colo da mãe, em vez do problema Édipico, que era o ponto de partida da psicanálise tradicional.

Em 1923 Winnicott começou sua análise com James Strachey e por intermédio deste, foi apresentado a Melaine Klein. Ao longo de seus estudos, Winnicott esteve envolvido com um ambiente de análise realizada com crianças e conferiu importância aos relacionamentos precoces do desenvolvimento. Quando conheceu Melaine Klein ficou entusiasmado com as suas observações relativas ao primeiro ano de vida da criança (Winnicott, 1965va [1962]).

Winnicott passou seis anos sob a supervisão de Klein, na década de 1930; no entanto, o tempo decorrido lhe deu espaço e condições para refletir sobre o trabalho de Klein, de forma que chegasse a discordar de várias de suas teorias. Dentre estas, a teoria de que o ambiente exerce uma influência relativa sobre a pessoa em desenvolvimento e este deveria ser visto como um ponto de apoio aos cuidados maternos iniciais com o bebê, o que difere do pensamento de Winnicott (Winnicott, 1965va [1962]).

Winnicott acredita que a importância do ambiente é central, porque ocorre desde as fases mais primitivas do desenvolvimento (1965va [1962]). Para o bebê, no início da vida, é fundamental a presença de um ambiente que consiga se adaptar extremamente as suas necessidades, e a pessoa primordial neste ambiente é a mãe.

No momento histórico e psicanalítico de Winnicott, Klein e outros grandes analistas, tais como John Bowlby e Anna Freud, desenvolviam conceitos novos referentes aos cuidados que deveriam ser dispensados às crianças. Nas palavras de Phillips, pode-se constatar a importância da maternagem no ambiente familiar e, assim, entender o movimento histórico da época em que Winnicott estava inserido:

No mesmo momento em que as mulheres estavam sendo novamente encorajadas a ficarem em casa, após seu papel decisivo durante a guerra, teorias convincentes e coercitivas sobre a importância da maternagem contínua para as crianças e sobre os perigos potenciais da separação começaram a ser publicadas, e essas teorias poderiam facilmente ser usadas para persuadi-las a assim o fazerem. Na psicanálise britânica pós-guerra não houve um retorno a Freud, como houvera na França com a obra de Lacan, mas um retorno à Mãe” (PHILIPS, 2006, p. 32).

Era vital a importância da mãe, cuidando do seu bebê, naquele momento histórico durante a guerra, na Inglaterra, pois, quando as mulheres saíram de suas casas para o trabalho, deixaram de satisfazer as necessidades de suas crianças. De acordo com uma carta escrita para *British Medical Journal*, Winnicott alertava que as crianças, que na época da guerra eram

separadas de suas mães, estavam apresentando graves problemas em seu desenvolvimento emocional (Phillips, 2006).

Diante de tal movimento histórico e dos estudos de Winnicott a respeito do desenvolvimento emocional primitivo e a relevância dada pelo autor ao ambiente, foram feitos novos acréscimos à teoria psicanalítica. A partir deste ponto, chega-se a uma melhor definição do termo “regressão” nos estudos do autor.

Winnicott, envolvido com a psicanálise desde 1923, percebeu, desde essa época em seus pacientes em análise, a presença de distúrbios psicológicos anteriores ao diagnosticado pela psicanálise tradicional. Mas, somente a partir de 1945, as elaborações de Winnicott sobre estes distúrbios emocionais começaram a se tornar públicas, através de seu artigo "Desenvolvimento Emocional Primitivo".

Neste artigo Winnicott, através de suas experiências com pacientes psicóticos, começa a introduzir suas descobertas sobre a regressão na clínica. Winnicott localiza o estágio de desenvolvimento onde ocorre a psicose⁸, observando que ela ocorre em um estágio muito primitivo. Até então, jamais havia sido questionado que uma doença grave como a psicose poderia ter sua origem num estágio primitivo de desenvolvimento.

Winnicott propõe em seu artigo em tela uma discussão a respeito de uma fase de desenvolvimento muito precoce. Winnicott relata que a psicose ocorre devido a uma falha grave no desenvolvimento emocional e se localiza na fase da dependência absoluta. O mais importante aqui, porém, é a descoberta de que a regressão está associada a uma fase primitiva de desenvolvimento e se diferencia do tipo tradicional de tratamento psicanalítico. Winnicott descreveu:

É possível fazer a análise de um paciente adequado, levando-se em consideração quase que exclusivamente os seus relacionamentos com outras pessoas, junto com as fantasias conscientes e inconscientes que enriquecem e complicam esses relacionamentos entre pessoas inteiras. Este é o tipo original de tratamento psicanalítico. Nas duas últimas décadas fomos levados a desenvolver nosso interesse pelas fantasias, e pelo modo como as fantasias do paciente sobre sua organização interna e a origem desta nas experiências instintivas são importantes em si mesmas. Foi nos mostrado, também, que em

⁸ Algumas observações de Winnicott sobre o conceito de psicose: a palavra “psicose” apresenta muitas dificuldades. De certo modo reivindica-se um significado para esta palavra, no momento em que muitos gostariam que ela fosse abandonada. Sugere-se, contudo, que esse termo ainda possa ser empregado para designar desordem emocional não incluída nos termos neurose ou depressão neurótica. ((1965h)[1959] p.120).

certos casos é justamente essa fantasia do paciente sobre sua organização interna que constitui o aspecto mais vitalmente importante, fazendo com que a análise da depressão e das defesas contra a depressão não possa ser realizada com base apenas nos relacionamentos do paciente com pessoas reais e nas suas fantasias sobre esses relacionamentos. Essa nova ênfase nas fantasias do paciente sobre si mesmo inaugurou o vasto campo da análise da hipocondria, no qual as fantasias do paciente sobre o seu mundo interno incluem a fantasia de que este localiza no interior do seu corpo (1945d [1945], p. 219).

Winnicott, em seus estudos sobre depressão⁹, já tinha implementado um progresso na psicanálise e, a partir da publicação dos seus estudos com pacientes psicóticos, este progresso se torna mais abrangente e aprofundado. A compreensão alcançada no caso da depressão conduziu-o a estudos de análise de relacionamentos na fase de desenvolvimento ainda mais primitivos. Neste artigo de 1945, Winnicott deixa nítido nesta fase de sua vida que este progresso na psicanálise estabeleceu uma “nova compreensão, mas não uma nova técnica” (1945 d [1945], p. 219).

As elaborações e definições sobre regressão, com o tempo, vão se tornando mais sedimentadas e em 1954, no artigo “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico”, Winnicott define o termo regressão:

Para mim o termo regressão indica simplesmente o contrário de progresso. Esse progresso em si mesmo consiste na evolução do indivíduo, psicossoma, personalidade e mente juntos com (eventualmente) a formação do caráter e a socialização. O progresso tem início numa data certamente anterior ao nascimento. Há um impulso biológico por trás do progresso. Um dos postulados da psicanálise é o de que a saúde implica na continuidade desse progresso evolutivo da psiquê, e de que saúde significa maturidade do desenvolvimento emocional adequado à idade do indivíduo, sendo óbvio que tal maturidade se refere a esse progresso evolutivo. Observando mais de perto, percebemos que *não pode existir uma simples reversão de progresso*. Para que esse progresso seja revertido, é preciso que haja no indivíduo uma organização que possibilite o acontecimento da regressão (1955d [1954] p. 377).

Diante da citação, percebe-se que, conforme o pensamento que Winnicott desenvolve, não se pode simplesmente reverter o progresso do indivíduo. Winnicott compreende que, para se chegar a uma regressão, é necessário que o ser humano já tenha uma organização, segundo

⁹ Depressão em Winnicott se diferencia da depressão em Freud, porém este conceito em Winnicott não será trabalhado nesta dissertação. A tese “A contribuição winnicottiana para a teoria e clínica da depressão” de Ariadne Alvarenga de Rezende Engelberg Moraes traz grandes contribuições para o tema(2005).

a qual armazena memórias, ideias e potencialidades que não puderam surgir ou tomar o caminho do desenvolvimento progressivo, devido a uma grave falha ambiental.

Quando as experiências mãe-bebê falham, exatamente no momento da dependência absoluta, o indivíduo só vai conseguir se defender contra as falhas ambientais, se tiver uma estrutura egoica da qual faz parte um falso eu. Winnicott relata que esta defesa (falso eu) é normal e saudável, para que o indivíduo se proteja contra as falhas ambientais (1955d [1954], 1958n [1956]).

Winnicott ainda salienta que a função do falso eu é muito importante e positiva (1965m[1960]). O falso eu tem a função de ocultar o verdadeiro eu, no momento em que houve uma falha ambiental. É necessário, pois, que haja um ambiente capaz de promover uma nova adaptação adequada. A clínica winnicottiana, com o estudo da regressão, provê ao paciente esta nova oportunidade de um ambiente especializado que pode dar condições de entrar em regressão e retomar seu processo de amadurecimento. Segue a citação de Winnicott para complementar :

A regressão representa a esperança do indivíduo psicótico de que certos aspectos do ambiente que falharam originalmente possam ser revividos, com o ambiente dessa vez tendo êxito, ao invés de falhar na sua função de favorecer a tendência herdada do indivíduo de se desenvolver e amadurecer (1965h [1959] p. 116).

A presença da esperança no paciente significa que este se encontra na busca do objeto necessitado para a retomada no seu processo de amadurecimento. Pode-se, então, verificar que, segundo Winnicott, o indivíduo terá condições de ter esperança no processo analítico como “parte de processo de cura” (1955d [1954] p.378) e poderá retornar ao seu desenvolvimento emocional e alcançar uma maturidade emocional saudável, se tiver uma organização que possibilite o acontecimento da regressão (1955d[1954]). Sem uma organização, o indivíduo não retém ideias, memórias e potencialidades e não haveria também a possibilidade de uma esperança ou expectativa para a retomada do seu desenvolvimento. Nas palavras de Winnicott:

Há muitas coisas a estudar aqui sobre o modo como o indivíduo armazena memórias, idéias e potencialidades. É como se houvesse uma expectativa de que surjam condições novas, justificando a regressão e oferecendo uma nova chance para que o desenvolvimento ocorra, esse mesmo desenvolvimento que havia sido inviabilizado ou dificultado inicialmente pela falha do ambiente. (1955d [1954], p. 378).

Percebe-se então uma evolução no pensamento de Winnicott sobre o conceito de regressão. A regressão na clínica winnicottiana visa à saúde do indivíduo, em termos de desenvolvimento emocional, o que difere da teoria tradicional psicanalítica na qual a regressão estava ligada a pontos de fixação e era utilizada como uma defesa. O conceito de regressão em Winnicott não está vinculado ao complexo de Édipo e sim, à regressão à dependência. Winnicott salienta:

Por anos o termo teve a implicação de um retorno a fases mais precoces da vida instintiva, e regressão seria a um ponto de fixação. Isso pertence à visão de elementos primitivos do indivíduo, não tendo sido levado em consideração o cuidado da criança. Com estudo de crianças *em vivo* não é mais possível evitar a consideração do meio. De modo que, ao falar de uma criança concretamente, deve-se mencionar dependência e natureza do ambiente. O termo regressão portanto, fica como uma implicação clínica em termos de *regressão à dependência*. (1965h [1959], p. 117).

Na regressão à dependência a principal implicação estabelecida por Winnicott era de se chegar à cura. Na visão de Winnicott, que era psicanalista, psiquiatra e também pediatra:

O que existe é uma teoria geral da continuidade do ser com uma tendência inata ao crescimento e à evolução pessoal, e a teoria da doença mental como uma interrupção no desenvolvimento. Esta última traz consigo a idéia de uma dinâmica no sentido da cura, isto é, de que se um bloqueio ao desenvolvimento é afastado, então disso decorre o crescimento, por causa das poderosas forças que pertencem às tendências herdadas no ser individual (1986c [1967], p.152).

Diante da citação acima entende-se que o modo como Winnicott teorizou a regressão em 1945 – quando ele frisava que a regressão era estabelecida como uma nova compreensão e não como uma nova técnica – passou por uma evolução e a regressão passa a ser, sim, adotada e definida por ele como uma nova técnica no tratamento ou até mesmo como uma mudança no sentido da metapsicologia psicanalítica (1965h [1959], 1955d [1954]). Confirmando nas palavras de Winnicott “O conceito de regressão mudou seu sentido na metapsicologia psicanalítica” (1965h [1959] p. 17).

Loparic (2006) explica que Winnicott revolucionou o caminho para a pesquisa e a prática da psicanálise, pois ele introduziu no quadro da teoria um novo paradigma de ruptura do pensamento com relação à teoria tradicional psicanalítica.

Com isso, o tratamento utilizado no caso de uma neurose não pode ser o mesmo no processo analítico Winnicottiano da regressão, como serão apresentadas no próximo subitem.

3 Diferença no atendimento da psicose

Para explicitar melhor o ponto de vista de Winnicott sobre a teoria da regressão, percebe-se em seus textos a preocupação de diferenciar os tratamentos utilizados para cada tipo de distúrbio psicológico (1956a [1955-6], 1963c[1963], 1965h[1959], 1984i[1959]).

Winnicott salienta que um distúrbio psicológico significa imaturidade do crescimento emocional e inclui a evolução da capacidade do indivíduo de se relacionar com pessoas e com o meio ambiente de modo geral. Winnicott esclarece ainda sobre a visão do distúrbio psicológico e das três categorias de imaturidade pessoal: psiconeuróticos, psicóticos e antissociais (1984i [1961]).

Os psiconeuróticos são a primeira categoria assim denominada por Freud, na qual se incluem os indivíduos que foram bem cuidados durante os primeiros estágios; a falha, porém, localiza-se no Complexo de Édipo. Na segunda categoria, a doença que surge é psicose, denunciadora de que, nas fases mais precoces do desenvolvimento infantil, algo de errado aconteceu, resultando no distúrbio na personalidade do indivíduo. O autor reserva a terceira categoria para os antissociais que são intermediários: aqueles que a princípio começaram bem, contudo o ambiente falhou em algum ponto, durante um longo período de tempo (1984i [1961]).

Dar-se-á ênfase ao tratamento da psicose e da psicose, para que se possa entender as diferenciações dos tratamentos, visando também a um maior entendimento do capítulo seguinte.

Na psicose o ser humano já atingiu um certo estágio de desenvolvimento. A psicanálise, neste caso, fornece um contexto profissional de confiabilidade para as doenças psiconeuróticas que precisam de tratamento, desenvolvendo-se num processo no qual o inconsciente reprimido passa a ficar consciente, pois aqui se incluem todos os distúrbios pessoais do paciente.

Desse modo, o analista pode utilizar-se de um contexto psicanalítico clássico de Freud, já que o paciente traz ao tratamento um certo grau de crença e capacidade para confiar. Isto permite que, durante a “transferência”, haja um desenvolvimento por si mesmo, através da cooperação inconsciente do paciente que apresenta amostras sobre os conflitos pessoais (Winnicott, 1984 I [1961]).

Na categoria que inclui as “psicoses”, encontram-se casos em que algo errado foi marcante nas fases mais precoces do desenvolvimento infantil, resultando em distúrbio da estruturação básica da personalidade do indivíduo, distúrbio este provocado por falhas na assistência à infância. Atribui-se a causa da doença a uma falha no desenvolvimento emocional, ou pode-se entender também como uma falha na estruturação do *self* e na capacidade do *self* para se relacionar com objetos do meio ambiente. Nota-se que, neste tipo de doença, há necessidade de um tratamento que possibilite ao paciente ter experiências que correspondam às condições de extrema dependência (Winnicott, 1984I [1961]). Winnicott comenta a respeito desta categoria: “a ênfase recai mais frequentemente sobre o manejo, e por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, e o manejo ocupando a totalidade do espaço” (1995d [1954]).

Com isso em mente no próximo subitem serão dadas algumas considerações sobre o *setting* winnicottiano.

4 Algumas considerações sobre o *setting* analítico

Com relação aos tratamentos utilizados, percebe-se que, para Winnicott, o trabalho com psicóticos na clínica se diferencia totalmente da clínica de neuróticos. Para Freud, o *setting* analítico tem uma importância relativamente pequena – sendo a principal ferramenta a interpretação – ao contrário do trabalho com pacientes psicóticos, no qual o *setting* possui uma importância decisiva e o contexto se torna mais importante que a interpretação. Winnicott descreve:

Por contexto entendo o somatório de todos os detalhes relativos ao manejo. (...) O comportamento do analista – representado pelo que chamei de contexto – por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade é gradualmente percebido pelo paciente como algo que aumenta a esperança de que o *self* verdadeiro possa, finalmente, correr os riscos envolvidos nesse seu começar a viver a experiência (1956a [1956] p.395).

O manejo, como se percebe na obra de Winnicott, é a estratégia terapêutica central no processo analítico da regressão. Para ele o manejo clínico tem a mesma função de *holding* da mãe com seu bebê e está associado à mãe em identificar-se com seu bebê e adaptar-se às necessidades deste. Na análise o manejo refere-se às experiências e à qualidade dos cuidados fornecidos ao paciente, relacionados à estabilidade do meio ambiente e à autenticidade dos cuidados (1960c [1960]).

Em um artigo (1987d [1967]) Winnicott pontua a comunicação entre os bebês e suas mães, fazendo uma analogia com a comunicação do analista com seu paciente psicótico, e descreve que o bebê, como o paciente, ainda não tem condições de entender uma interpretação, visando insights. Winnicott comenta:

Muita coisa depende da maneira como o analista usa as palavras e, portanto, da atitude que se oculta por trás das interpretações. Uma paciente cravou suas unhas em minha mão num momento em que seus sentimentos eram intensos, e minha interpretação foi: ‘Uau!’ Isto praticamente não envolveu o uso do aparato do meu intelectual, e foi bastante útil, uma vez que surgiu imediatamente (e não em seguida a uma pausa ou reflexões), fazendo minha paciente ver que minha mão estava viva, que fazia parte de mim e que eu ali me encontrava para ser usado. Ou, como talvez eu pudesse dizer, posso ser utilizado, desde que sobreviva (1987d[1967], p. 85).

Com base nesta vinheta de um relato de caso de Winnicott, pode-se dizer que a comunicação com o paciente psicótico nesta fase se assemelha à mãe, no estágio de dependência absoluta; ela pode até ser verbalizada, mas o mais importante aqui é a atitude do terapeuta em manejar o *setting*.

Neste relato, pode-se entender que Winnicott argumenta sobre o manejo, pois, ao colocar-se no lugar do objeto necessitado e subjetivo do paciente, Winnicott, com sua atitude, demonstrou que estava lá, vivo e pronto para ser usado. É o que o paciente busca, quando se argumenta sobre a regressão na clínica winnicottiana, um ambiente que inicialmente possa ser usado, dando-lhe uma sustentação (*holding*) às suas necessidades. Em uma carta de Winnicott para Dr. Scott¹⁰, o pediatra esclarece a importância da adaptação à necessidade do paciente, no caso de regressão.

Concordo com você que, na análise comum, tenta-se tornar desnecessária a ocorrência da regressão, e tem-se sucesso no caso neurótico comum. Creio,

10 W. Clifford M. Scott contribui com Winnicott a discussão da obra que Winnicott havia lido “The management of case of compulsive thirving (consideration of Bearing of a Case, that was treated without Psychoanalysis, on a Psychoanalytic Theory” [O manejo de um caso de furto compulsivo (consideração acerca da conduta em um caso tratado sem psicanálise, segundo uma teoria psicanalítica)](1987b[1953]).

porém, que a experiência de uns poucos casos de regressão capacita-nos a perceber com mais clareza o que interpretar. Como exemplo, eu diria que, desde que experimentei regressões, frequentemente faço interpretações para o paciente em termos de necessidade e com menos frequência, em termos de desejos. Em muitos casos parece-me suficiente que se diga, por exemplo: “Neste ponto, você precisa que eu veja neste fim de semana”, a implicação sendo de que, de qualquer ponto de vista, posso me beneficiar do fim de semana, o que indiretamente ajuda o paciente, mas do ponto de vista do paciente, naquele momento, não há nada além do mal da existência de uma lacuna na continuidade do tratamento. Se nesse momento eu dissesse: “Você gostaria que eu desistisse do meu fim de semana”, estaria na trilha errada e, de fato, errado. Espero que você mais ou menos acredite nisto também”. (1987b [1953] p. 61).

Como se percebe o psicótico na clínica necessita de um *setting* diferente daquele de uma análise clássica. O que o paciente psicótico busca é uma tentativa de corrigir suas experiências mais primitivas, aquelas das quais ele nem consegue se lembrar. Por isso o manejo do psicólogo é tão importante, pois, com um manejo suficientemente bom, adaptando-se à necessidade do paciente psicótico, este passa a confiar no ambiente analítico, que se torna um ambiente favorável e no qual ele pode regredir à dependência.

A regressão a um estado de dependência extrema é, assim, um risco que o paciente só ousa enfrentar em uma condição de confiabilidade. É o analista presente, mas não intrusivo, que espera e respeita as defesas do paciente, aquele que acena na clínica winnicottiana como uma nova chance de desenvolvimento.

No próximo capítulo será usado o caso de uma paciente de Winnicott (Margaret Little) através do qual podem ser exemplificadas com mais clareza essas diferenças entre a neurose e a psicose, e também a importância do manejo na clínica winnicottiana.

III-A CLÍNICA WINNICOTTIANA DA REGRESSÃO

1 O Caso de Margaret Little

Neste capítulo será apresentado e ilustrado a clínica winnicottiana da regressão. Para isso utilizaremos algumas passagens do caso de Margaret Little com o intuito de estabelecer uma relação e uma exemplificação entre o caso de Little e o conceito winnicottiano de regressão.

O capítulo iniciar-se-á com o ambiente de Little, sendo este o ponto central da obra de Winnicott. No próximo subitem será relatado como a analisada se sentia diante de outras análises com respeito ao seu próprio caso. Por último, a análise de Little e a prática na clínica winnicottiana, para a qual será utilizado como base, o livro de autoria de Margaret Little¹¹: “Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott”. Também neste capítulo serão utilizadas as obras de Winnicott e de outros autores que escreveram sobre a obra de Margaret Little.

Além de Margaret Little, outro paciente que deixou registrada sua experiência analítica com Winnicott foi Harry Guntrip¹². Existia uma certa dificuldade para Winnicott apresentar seu material clínico de análise, pois seus pacientes eram bastante conhecidos, incluindo analistas e filhos de analistas, como Margaret Little, Harry Guntrip, Masud Kahn e um dos filhos de Melanie Klein, entre outros. É importante ressaltar que os relatos clínicos de Winnicott são constituídos, particularmente, de pequenas vinhetas, com exceção de dois casos: de um adulto e de uma criança, que estão relatados nas obras *Holding* e *Interpretação* (2001) e no *The Piggle* (1987).

Na obra denominada *Holding* e *Interpretação* (2001), Winnicott trata sobre a regressão de um paciente que passou por um surto psicótico. No *The Piggle* (1987) a essência da obra gira em torno do tratamento de uma menina com quadro de psicose. Ambas as obras são de muito interesse para os casos de regressão na clínica, com a visão de Winnicott sobre os seus pacientes.

¹¹ O livro é uma tradução, o original é denominado *Psychotic anxieties and containment* .

¹² Grumtrip. H (1975). Minha experiência analítica com fairbairn e com Winnicott. Até que ponto é completo o resultado da terapia analítica. *The international Review of Psycho-analysis* . V.2 part.2, 1975.

Entretanto o livro de Margaret Little se faz importante por ser uma analista a se colocar nesta obra como analisada. A história de Margaret Little sobre sua análise pessoal com Winnicott apresentou uma descrição detalhada de como Winnicott conduziu seu tratamento, dando ênfase ao final de seu livro sobre regressão à dependência.

Margaret Little fornece um panorama geral e detalhado de uma paciente psicótica que foi tratada por Winnicott. A autora utiliza o relato de algumas situações ocorridas durante o processo analítico, para ilustrar a experiência compartilhada que ambos vivenciaram.

Ela também experimentou e passou por outros tipos de análises e com isso percebem-se as diferenças entre os tratamentos, tanto na neurose como na psicose, e os benefícios da regressão no seu caso (Little, 1992).

Little revela que tivera três analistas diferentes, seriam estes: um junguiano denominado por ela como Dr. X; uma freudiana clássica, Ella Freeman Sharpe e, finalmente, Winnicott. Os relatos anteriores de Little apontam como ela passou por diferentes análises, até chegar a Winnicott. Dessa forma, tornam-se evidentes as discrepâncias entre as análises como se verifica nos próximos subitens.

2 O ambiente da infância de Margaret Little

Para compreender melhor o caso de Margaret Little, é importante saber o ambiente em que ela começou o seu desenvolvimento emocional. O ambiente inicial de Little, segundo se sabe, era a sua mãe que teve uma infância muito complicada e instável, com um pai alcoólatra e uma mãe dominadora. Exigiam-se dela responsabilidades inadequadas a uma criança. Margaret relata:

“A infância da minha mãe, na Austrália, foi horrível, com um pai alcoólatra e instável e uma mãe amorosa, mas dominadora, intrometida e imprevisível, a quem o meu avô era infiel. Dois irmãos mais velhos, um dos quais minha mãe adorava, a provocavam e mimavam, assustavam e maltratavam. Um irmão mais novo nasceu cego. Com cinco anos, minha mãe assumiu a responsabilidade de cuidar dele, quando nasceu outra criança” (Little, 1992, p.51).

Este era o ambiente da mãe de Little que, certamente, trouxe consequências desastrosas ao seu desenvolvimento emocional. Margaret, porém, relata que a mãe conseguiu sobreviver e casou-se com seu pai, sendo que um sempre foi muito dedicado ao outro. Little

relata que, ter tido uma mãe ansiosa, imprevisível e intrusiva, o que se percebe nesta vinheta descrita por Little, sobre o comportamento de sua mãe:

Minha mãe fez todo o possível para ser uma boa mãe e esposa, às vezes tendo êxito, mas a ansiedade a tornava uma intrometida compulsiva, possessiva e sempre interferindo na vida e no relacionamento dos outros. Era uma pessoa muito inteligente e talentosa, dedicada e terna, mas de um modo totalmente descontrolado, sendo tragicamente prejudicada. A única coisa previsível era que ela era imprevisível; tinha-se de encontrar modos de lidar com isso. As únicas brincadeiras possíveis - com brinquedos, bolas ou palavras etc. - tinham de ser sugeridas por ela; freqüentemente isso era bom, mas qualquer brincadeira iniciada por mim era interrompida, ou ela assumia o comando (Little, 1992, p. 53).

O trecho acima denota a ansiedade da mãe de Little que não lhe permitia ser uma mãe suficientemente boa. O ambiente de Margaret era instável e intrusivo. Relacionando a teoria winnicottiana, há indícios de que havia uma quebra na espontaneidade de Little, sendo que a mãe não se adaptava às necessidades da filha. Winnicott trata das necessidades da mãe, ao se adaptar à maternidade, e comenta: “Somente no caso da mãe estar sensível ao modo como eu descrevi, poderá ela sentir-se no lugar do bebê, e assim corresponder às suas necessidades” (1958n [1956], p. 403).

É importante ainda salientar a idéia que a mãe de Margaret Little tinha a respeito do parto. Para ela, “o parto era algo simplesmente horrível que ela mantinha à distância, apertando o corpo para que a gravidez não pudesse ser notada, e tentando evitar as dores que seriam inevitáveis. Ter medo era ‘covardia’ e ‘desprezível’”. (Little, 1992 p. 52). Em Winnicott, conforme já ressaltado anteriormente, as experiências do feto já se iniciam dentro do ventre materno e, como se pode perceber, a gravidez para sua mãe não se apresentava de forma natural (1988).

Não se percebe no relato de Margaret uma preocupação materna primária (Winnicott, 1958n[1956]). Sobre uma de suas lembranças infantis em análise com Dr. X, Little demonstra mais uma vez a falta de adequação do ambiente:

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

As lembranças relatadas por Margaret eram as de se sentir um estorvo e um transtorno. Pode-se perceber aqui a falta de manejo do ambiente, até mesmo de seu pai, que, segundo Little, era uma pessoa equilibrada, afetuosa e afável, mas acabou se tornando uma pessoa irritável e impaciente, devido à dominação da mãe de Little, o que dá indícios de que Margaret não teve um meio ambiente facilitador (Winnicott, 1971f [1967], 1974).

A imagem que Little passa sobre o ambiente de seu desenvolvimento emocional é de um ambiente intrusivo e dominador. Little sofreu graves falhas de intrusões em sua continuidade de ser, desde o ventre materno. A mãe de Little era dominadora, sempre tentou controlar as situações caóticas que ela mesma gerava em torno de si, seja com as tarefas da casa, seja com os filhos. Neste contexto Little era praticamente uma extensão da vida de sua mãe e por isso foi tão influenciada, retraindo-se, defendendo-se e tentando não desapontar sua mãe, o que causou uma subtração em seu verdadeiro viver e, assim, a sua existência é interrompida, passando a viver com um falso eu (Winnicott, 1988).

Little, porém, enfatizava que ela não dava impressão de anormalidade, relatando que seu *'background'* de vida não evidenciava tendências de incapacidade de desenvolvimento adequado, uma vez que tinha estudado com regularidade, enfrentava provas e exames com sucesso, obtendo boas graduações e notas, ganhava bolsas de estudo, chegando a se formar em medicina e exercendo com sucesso a posição de clínica geral (Little 1992). Mas sobre esta parte intelectual de Little, Winnicott comenta:

Um risco particular se origina de não rara ligação entre a abordagem intelectual e o falso *self*. Quando um falso *self* se torna organizado em um indivíduo que tem um grande potencial intelectual, há uma forte tendência para a mente se tornar o lugar do falso *self*., neste caso se desenvolve uma dissociação psicossomática.(...) Quando ocorre esta dupla anormalidade,(1) o falso *self* organizado para ocultar o verdadeiro,(2) uma tentativa por parte do indivíduo para resolver o problema pessoal pelo uso do intelecto apurado, resulta um quadro clínico peculiar, que muito facilmente engana (1965m,[1960] p.130).

Diante das observações de Winnicott, percebe-se a dificuldade para diagnosticar um quadro como o de Margaret Little, pois a paciente, além de apresentar um falso eu, relata que intelectualmente tinha um grande potencial. O importante neste momento é ressaltar que, segundo Winnicott, para a pessoa conseguir regredir na clínica é necessário que tenha uma organização de ego da qual faz parte um falso eu (1955d [1954]), como se verifica no caso de Margaret que, apesar do ambiente familiar caótico, possuía uma organização egóica. É isto

que faz com que a paciente em questão tenha esperança de encontrar um ambiente para seu desenvolvimento maturacional e procure um tratamento, não desistindo. Neste sentido, para se compreender melhor o caso clínico de Little e a importância da regressão na clínica num caso como o dela, é necessário entender um pouco mais de suas análises anteriores às de Winnicott.

3 Margaret Little e suas outras análises

Os escritos da Dra. Margaret Little sobre suas análises pessoais são de grande importância para os psicoterapeutas, devido a sua experiência direta com profundidades emocionais. Nesse aspecto, auxilia pacientes e terapeutas, na medida em que apresenta sua intimidade em análise. Com o relato de Margaret sobre suas outras análises é que se verifica a importância da regressão para um caso psicótico.

Seu primeiro analista, denominado Dr. X, conseguia reconhecer que Margaret não era ela mesma, mas, ao mesmo tempo, do ponto de vista da própria analisada, parece que ela saiu da análise sem saber como lidar com esta questão. Um exemplo desse fato é observado no final de sua análise, quando Margaret Little nos mostra, em seu relato, como ela e seu terapeuta não tinham o conhecimento necessário de como manobrar o quadro clínico em que ela se encontrava. Dr. X diz: “Pelo amor de Deus, seja você mesma.” E ela responde: “Eu não sei como, não sei quem eu sou”. Podemos constatar que a própria Margaret acredita que o Dr. X sempre a considerou uma paciente neurótica.

Conforme abordagem no capítulo anterior sobre regressão, Winnicott propõe que a natureza do tratamento seja diferente para pacientes neuróticos e psicóticos. Margaret, na análise, deixa nítida a impressão de que o Dr. X a tratou como uma neurótica. Verifica-se que Little, apesar de ainda não ter passado por uma análise de regressão à dependência, tem a consciência de não saber lidar com o que o Dr. X declara como sendo ela mesma. No relato do Dr. X sobre Little não existe um eu, e ele comenta durante a sessão com Little: “Você parece estar sempre pensando nas outras pessoas e se desculpando pela sua existência, como se achasse que não tem direito a ela” (Dr. X apud Little, 1992, p. 28).

No relato de Dr. X temos um exemplo de um falso eu. Little se submetia às exigências que lhe eram impostas, reagindo a estímulos, não vendo utilidade para sua existência..

Percebem-se então, no caso Little, características de defesa do falso eu, o que faz subentender uma doença da ordem da psicose, em que Winnicott definiria como uma paciente com necessidade de regressão à dependência(1958 n [1956]).

No entanto, ainda em sua segunda análise com Ella Freeman Sharpe de 1940-1947, Margaret Little continua a insistir que “não sabia quem ela era” e sua analista queria tratar seu problema como um conflito intrapsíquico, relacionado com a sexualidade infantil. Margaret relata que neste caso “a sexualidade (mesmo conhecida) era totalmente irrelevante e sem sentido”. Margaret ainda encontra outros problemas na análise com Sharpe, o da ambivalência e confusão que experimentara com a mãe; no entanto, ela sentia que suas verdadeiras questões nunca foram trabalhadas.

Esses fatores, contudo, só fizeram aumentar a hostilidade de Margaret Little em relação à terapeuta, pois ela não conseguia perceber a verdadeira natureza de sua ansiedade. Outeiral, autor de um artigo sobre os pacientes de Winnicott que escreveram sobre sua análise, faz uma consideração sobre a passagem acima:

A descrição desta análise, bem como os comentários que a autora faz, deixam evidente a preocupação de Ella Sharpe com a neurose, com a estrutura edípica e a metapsicologia. A descrição das ansiedades e dos sentimentos presentes desde a primeira sessão acentuam a percepção de que havia, certamente, uma transferência psicótica. A analista, entretanto, interpretava sob o ponto de vista da neurose, isto é, em nível edípico, e seu medo como resultante de recriminações do superego quanto à sexualidade (Outeiral, 2001, p. 95).

Quando Ella Sharpe morreu, Margaret Little procurou S. Payne que a escutou durante algum tempo. S. Payne “realmente” a compreendeu em suas dificuldades, percebendo que ela se encontrava muito doente. A análise com S. Payne, por algum motivo, não se iniciou. E esta analista a encaminhou para M. Milner que, finalmente, a apresentou a Winnicott.

3 Análise com Winnicott e a prática na clínica

Neste subitem encontram-se algumas situações ocorridas durante a sessão de Margaret Little com Winnicott. Será exemplificado o trabalho analítico winnicottiano, a interpretação, o silêncio, o manejo, a confiança e a maneira como o *setting* deve ser organizado, com o intuito de demonstrar que o trabalho analítico winnicottiano facilita e possibilita um retorno

(organizado) ao estágio de dependência absoluta. A citação de Abram esclarece a assertiva acima:

No trabalho analítico, a regressão do paciente à dependência está freqüentemente associada a uma revisitação das experiências não verbais precoces, o que pode, muitas vezes, estar vinculado a mecanismos psicóticos. Essa revisitação ocorre dentro do contexto da relação de transferência, uma vez que o ambiente de *holding* presente no *setting* analítico tenha sido estabelecido e o paciente seja capaz de depositar confiança no analista (Abram, 2000, p. 205).

Margaret já conhecia Winnicott e participava do mesmo grupo que ele - *British Psycho- Analytical Society*. Ela presenciou alguns de seus ensaios e quando leu dois deles - *Reparation in Respect of Mother's Organized Defence against Depression* (Winnicott, 1948 b) e *Birth memories, Birth Trauma, and Anxiety* (Winnicott, 1949b) - constatou que Winnicott poderia verdadeiramente ajudá-la. A análise com Winnicott se iniciou, quando Margaret estava com 48 anos e treze anos depois de ela ter procurado ajuda psiquiátrica pela primeira vez.

Margaret em sua primeira sessão com Winnicott repete o mesmo comportamento já tido em sessões com os seus outros analistas do passado: o de ficar paralisada, sem se mover no divã ou falar. Contudo, Winnicott por sua vez, também permaneceu calado até o final da sessão, sem fazer interpretações. Durante toda a sessão Winnicott só se manifesta no final com uma frase: “eu não sei, mas tenho a impressão de que, por alguma razão, você está me excluindo”.

Nesta sessão com Winnicott percebe-se, através do relato de Little, que Winnicott conseguiu, de alguma forma, atender às necessidades de sua paciente, já que nas outras análises de Little isso não aconteceu. Little revela: “Aquilo trouxe um alívio, porque ele podia admitir não saber e permitir a contradição, se ela ocorresse” (1992, p. 44).

Winnicott teve um comportamento diferente em relação às outras análises de Margaret. Não interpreta de forma invasiva a atitude de Margaret e somente relata o que estava acontecendo na sessão. Winnicott conduz a sessão, ficando em silêncio como a paciente, somente dizendo no final que, de fato, não sabia o que estava acontecendo. Winnicott salienta que: “Na forma mais simples, o analista devolve ao paciente o que este comunicou” (1989 o).

A forma como Winnicott manejou o *setting* de Little parece que trouxe um pequeno conforto à analisada. Winnicott entende que a paciente pode estar, através do silêncio, buscando uma forma de comunicação. Sobre a comunicação e a não comunicação dentro de uma análise nos moldes da de Little, Winnicott adverte:

Em tal análise um período de silêncio pode ser a contribuição mais positiva que o paciente pode fazer, e o analista fica envolvido num jogo de espera. Pode-se naturalmente interpretar movimentos e gestos de todos os tipos, e detalhes de comportamento, mas neste tipo de caso acho melhor que o analista espere. Mais perigoso, contudo, é o estado de coisas na análise em que o analista é deixado, pelo paciente, atingir as camadas mais profundas da personalidade do analisando por causa de sua posição como objeto subjetivo, ou por causa da dependência do paciente da psicose de transferência; aí há perigo do analista interpretar, ao em que o analista ainda não mudou de objeto subjetivo para um que é objetivamente percebido, que a psicanálise é perigosa, e o perigo é tal que pode ser evitado se sabemos como nos comportar. Se esperarmos, nos tornamos percebidos objetivamente no devido tempo pelo paciente, mas se falharmos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico do paciente (que é o equivalente ao processo maturativo do lactante e da criança) subitamente nos tornamos não-eu para o paciente, e então sabemos demasiado, e ficamos perigosos porque estamos demasiado próximos na comunicação com o núcleo central quieto e silencioso da organização do ego do paciente (1965j [1963] p.171).

Com a citação acima, percebe-se a importância da forma de interpretar e quando interpretar, na clínica winnicottiana que fazem parte do manejo do terapeuta. O terapeuta deve se colocar na posição de objeto subjetivo, não antecipando o próprio tempo do paciente com interpretações. Sobre a comunicação no *setting* Little comenta:

Winnicott fazia poucas interpretações, e apenas quando eu havia chegado ao ponto em que a questão podia tornar-se consciente. Então é claro, a interpretação soaria bem. Ele não era 'infalível', mas muitas vezes falava experimentalmente, ou especulava: 'Eu acho que talvez...', 'Será que...', ou 'Parece que...'. Aquilo me deixava apreciar ou perceber o que ele dizia, e livre para aceitá-lo ou rejeitá-lo. As interpretações não eram feitas como se eu tivesse acesso à função simbólica, quando eu não tinha. (1992, p. 49).

A partir deste relato da paciente, percebe-se que na clínica winnicottiana as interpretações não são consideradas o principal instrumento terapêutico. O uso precipitado das interpretações pode romper e prejudicar o processo criativo e elaborativo do paciente.

Winnicott considera que as interpretações não produzem o principal resultado mutativo¹³. As interpretações só têm sentido, se passarem a ser vividas como experiências integradoras aos processos cognitivos do paciente.

Com isso, percebe-se a nítida mudança entre a análise da psicose e da psicose. Na psicose as interpretações da clínica clássica tornar-se-iam invasivas ou até mesmo sem sentido para o paciente psicótico, pois ele ainda não possui a capacidade de ter *insights*.

Para que o paciente possa chegar a experiências integradoras, primeiramente ele necessita de um ambiente suficientemente bom, para sentir segurança e confiabilidade e retornar ao seu processo de amadurecimento.

Um ambiente suficientemente bom na análise seria para o paciente a necessidade de encontrar uma qualidade de interação e um clima de confiabilidade que o terapeuta pode oferecer. É a mudança do termo desejo na psicanálise tradicional, para o termo necessidade. Necessidade de um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento emocional do paciente. Este é um dos fatores que torna mais importante em uma análise de regressão à dependência o encontrar primeiramente um ambiente que lhe inspire segurança e confiabilidade(Dias,1999).

A segurança e a confiança podem ser adquiridas com o tempo e, no caso de Margaret, não foi diferente; em uma de suas primeiras sessões Little se sentia desesperançada com a idéia de que um dia Winnicott não pudesse compreendê-la. Nas palavras de Margaret:

Em uma das primeiras sessões com Winnicott me senti totalmente desesperançada de fazê-lo um dia entender qualquer coisa. Eu caminhei ao redor da sala, tentando encontrar um caminho. Pensei em me atirar pela janela, mas achei que ele me impediria. Depois pensei em jogar fora todos os seus livros, mas finalmente investi contra um grande vaso cheio de lilases brancos, quebrando-o e pisando nele. Winnicott precipitou-se para fora da sala, mas voltou um momento antes do final do horário. Ao me encontrar limpando a sujeira, disse: 'Eu poderia ter esperado que você fizesse isso (limpar ou sujar?) mas mais tarde' No dia seguinte uma réplica exata havia substituído o vaso e os lilases. (Little, 1992, p. 45).

¹³ Winnicott denomina a experiência da mutalidade como: "o começo de uma comunicação entre duas pessoas, isto no bebê é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende dos processos herdados que conduzem para o crescimento emocional e, de modo semelhante, depende da mãe e de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar" (1970b[1969], p. 196).

Sobre este relato tão polêmico de Little, Outeiral analisa a situação da seguinte forma: Winnicott, aparentemente, conseguiu acolher o gesto agressivo que buscava a comunicação que não era entendida até este momento, pelo analista. “Winnicott sobrevive, está lá, vivo, respirando, inteiro, sem retaliar (ou sem interpretar), no mesmo local e horário” (2001, p. 98).

Para Naffah que também escreveu sobre a relação terapêutica entre Little e Winnicott, o gesto da paciente foi entendido como revivência de traumas muito primitivos e a ação de Winnicott, de colocar outro vaso idêntico no lugar, para Naffah (2008) tem a mesma conotação do que para Outeiral, é como se Winnicott quisesse dizer que resistiu e continua intacto e permanecendo analista de Little.

O que se pode deduzir também da atitude de repor imediatamente o vaso é a questão da confiabilidade que Winnicott estava querendo traduzir. Winnicott responde à agressão da analisada, dizendo que estava ali e inteiro, quando coloca outro vaso igual no local, dando ao *setting* a estabilidade e deixando transparecer a confiança de que a paciente necessitava. Como Little anteriormente poderia sentir-se segura em suas outras análises, se ela não tinha encontrado um ambiente em que poderia confiar integralmente? Winnicott enfatiza a importância de um *setting* que inspire confiança no paciente. O manejo por parte do terapeuta ocorre principalmente nesses casos, e se torna mais importante do que as interpretações (1956a [1955-6]). Winnicott declara sobre a regressão à dependência: “No trabalho que estou descrevendo, o *setting* se torna mais importante do que a interpretação” (1955d[1954], p. 395).

Winnicott foi sábio o bastante para construir a confiança e um cenário que ajudasse Little a regenerar o que havia sido falho, mesmo apesar das atitudes impetuosas e depressivas que a paciente manifestava e externava desde as primeiras sessões.

No decorrer do tratamento, Little toma consciência de que o momento da regressão total na análise não dependia só dela. Cito Little:

A escolha do momento da regressão total não podia ser só minha: ela dependia em grande parte de se Winnicott estava sobrecarregado. Ele falava que às vezes os pacientes tinham que ‘ficar na fila’ para entrar neste estado, um esperando até o outro ter superado os obstáculos e não precisar mais dele para isso. Mas a escolha do momento era minha, na medida em que não podia haver regressão antes de eu estar pronta (1992, p. 49).

Em um artigo intitulado “A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise” (1989m [1964]), Winnicott declara as dificuldades de tratar de um caso de regressão à dependência. Este trabalho exige muito do analista, até mesmo como pessoa e é o analista quem deve escolher se irá até o fim do trabalho. Se a escolha do analista for de continuar, é necessário que este saiba que o paciente estará entregando algo dele, tornando-se perigosamente dependente, e os erros do analista vão ter uma importância grave. Winnicott, para ilustrar a maneira como o paciente se torna sensível aos detalhes do *setting*, comenta uma passagem de um caso tratado por ele:

A paciente chega ao meu consultório numa sexta-feira, o dia em que se faz o levantamento dos ganhos da semana. Nesta paciente, o padrão da semana acha-se claramente estabelecido e a sexta-feira, nesta ocasião, deveria caracterizar-se pela calma que segue a tempestade, com algum tipo de preparação para o fim de semana. Com referência a esta paciente, há certas coisas que têm de ser sempre as mesmas. As cortinas fechadas, a porta não fica trancada, de maneira que a paciente pode entrar diretamente; todas as disposições na sala têm de ser constantes e há também alguns objetos variáveis, mas pertencem ao relacionamento transferencial. Na ocasião em que estou descrevendo, objeto constante é colocado em uma certa posição sobre a mesa e há certos papéis que se acumularam que ponho ao meu lado, esperando o momento em que o paciente os quererá de volta. Nesta sexta-feira, apesar da inspeção cuidadosa da disposição que dera à sala, deixei os papéis em cima de outro objeto, ao invés de colocá-los ao meu lado. A paciente entra na sala, vê essas alterações e, quando entro em cena, descubro que ela está em um desastre completo. Percebo o que aconteceu no momento em que entro no consultório e sei que terei muita sorte, se nos recuperarmos desta catástrofe em questão de semana (1989m[1964], p. 79).

Com a passagem acima, pode-se verificar a dificuldade para um analista, até mesmo experiente. O paciente neste caso se encontra enfermo e a adaptação à necessidade precisa ser absoluta, pois existe uma parte de personalidade sadia. Winnicott, porém, adverte: “É o fragmento enfermo com que está lidando e ele é tão enfermo quanto possível” (1989m[1964], p. 80).

Little como analista e analisada relata as dificuldades no processo de regressão à dependência.

Como o paciente não é uma criança, reage aos fracassos de um modo adulto, e aí reside o perigo. Para o analisando, há risco de fracasso se as suas necessidades não forem supridas, de reconstituir defesas, passar rapidamente para a doença ou a sanidade; ou do suicídio, o que deve ter liberdade para escolher, se desejar, destruindo assim a análise. Para o analista, há sério risco de ser atacado, quando a raiva desperta pelo trauma original é liberada e ele comete um erro que não pode tirar partido. É uma questão de vida ou de morte, somática ou psíquica. Se o analista não sobreviver à doença, acidente

ou ataque(ou desenvolver uma psicose de contratransferência), pode não haver uma cura para o analisando; apenas, na melhor das hipóteses, um retorno ao *status quo ante*. (1992, p. 89).

Com o decorrer do tempo e das sucessivas sessões com Winnicott, Little desenvolveu a regressão à dependência. Ela mesma relata que Winnicott não era simplesmente a figura de sua mãe, mas ele era a sua mãe, e assim estabelecia uma continuidade corporal entre mãe e feto, usando o contato das mãos, que seriam como o cordão umbilical, o próprio divã como placenta, os cobertores como membranas.

Este é um momento da análise de Little em que ela se encontrava em regressão total, e como se sabe, um momento muito delicado para ambos (Winnicott e Little). As palavras de Margaret sobre sua regressão no *setting* terapêutico nos remetem aos cuidados iniciais da mãe com seu bebê - *handling, holding* e apresentação de objeto.

Um dos períodos mais longos de tratamento de Little em que aconteceu a regressão à dependência deu-se por aproximadamente cinco semanas. Foi um período em que a paciente foi internada em um hospital, por acordo mútuo entre ela e Winnicott. Neste acordo foi determinado que não haveria tratamento com choques e que ela poderia sair e vir quando quisesse, que Winnicott a levaria e a traria de volta nestes casos, que sempre manteria contato com Winnicott. Seria um período em que Little descansaria.

Neste período longo houve momentos de crise, inclusive uma bem acentuada, porém voltando ao estado normal e calmo. Little podia passear no jardim, dormir e às vezes passeava nas ruas próximas ao hospital. Passou a pintar quadros em seu quarto e foi assim que houve um bom progresso e restituição do seu *self*, pois o seu quarto de hospital passou a funcionar como seu quarto de infância; a transferência por Winnicott, o quarto da criança. Little considera essa fase como sendo de extrema importância para sua cura analítica, pois nela foi proporcionado um ambiente razoável, de segurança e sem retaliações, em que ela reviveu a infância, sua meninice, de maneira salutar, distintamente de viver e reviver a época com a sua mãe (Little, 1992).

Constata-se que o período de internação de Little lhe permitiu obter um ambiente que lhe possibilitou sobreviver a uma intensa regressão. São pacientes como Little, que ao encontrar um *setting* adequado, descongelam a situação da falha e o que surge, é obvio, é o caos, um desespero impensável e inefável, o que ocasiona riscos ao paciente, que necessita de

um ambiente que o proteja. O cuidado com as necessidades do paciente, como Winnicott fez com Little em sua hospitalização, proporcionou à paciente uma regressão à dependência(1955d [1954]).

Winnicott não usou uma técnica com Margaret, e sim um tratamento visando um processo de cura da analisada. E assim, Little relata o resultado de seu tratamento com Winnicott:

Eu não era mais uma ‘não pessoa’, minha identidade foi reconhecida por Winnicott e por outras pessoas; havia me afirmado como uma analista em treinamento e Winnicott encaminhava para mim pacientes, (...). Minha posição como pintora foi reconhecida: meus quadros eram expostos regularmente e vendidos ocasionalmente. Eu podia *ser e fazer*, me afirmar sem culpa indevida, ansiedade ou reação paranóica. Nas palavras de um velho amigo de antes da análise eu ‘não era reconhecível como pessoa’. (...) Tenho tido sucesso e fracasso, prazer e dor, em minha vida profissional e pessoal, e considerado que a vida vale a pena ser vivida, o que certamente não ocorria antes(Little, 1992, p. 70).

O depoimento da autora sobre o resultado de sua análise com Winnicott deixa evidente que a forma de tratamento que a paciente necessitava de início não era análise clássica. Nota-se também a diferença entre os tratamentos de uma psicose e de uma neurose e como foi importante para ela passar por essa análise de regressão à dependência para que realmente ela começasse a sentir que a vida valia a pena ser vivida. Nas palavras de Winnicott: “Sempre esperamos que nossos pacientes terminem a análise e nos esqueçam: e descubram que o próprio viver é a terapia que faz sentido”(1969i [1968] p.123). É neste sentir que a vida vale a pena que faz parte do que o autor considera como um estado saudável no ser humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção deste estudo foi analisar a regressão na clínica winnicottiana, destacando sua relevância como uma teoria aplicável na clínica psicanalítica visando à saúde do indivíduo. O desenvolvimento teórico de Winnicott em relação à regressão foi estimulado pelo reconhecimento das limitações da teoria psicanalítica freudiana, sendo que assim grande parte do objetivo deste estudo é consolidar a posição da clínica de Winnicott como um importante acréscimo teórico e clínico para a área psicanalítica.

Os estudos foram pautados na observação da identificação do impasse existente entre as teorias freudiana e winnicottiana, e também no questionamento generalizado a respeito da aplicabilidade da teoria winnicottiana na clínica para o tratamento da psicose.

Para dar suporte ao campo de pesquisa, a teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional foi mencionada, porém dando ênfase à dependência absoluta. Desse estudo, pode-se concluir que a psicose é uma doença relacional, ligada a falhas ambientais deste período e, portanto o processo de cura está ligado à capacidade do analista poder proporcionar ao paciente um ambiente que se assemelhe àquele que seria o suficientemente bom para a dependência absoluta.

Foi realizado um levantamento do tema da regressão na psicanálise através do qual se concluiu que o conceito de regressão em Winnicott passou por uma grande transformação diante da psicanálise tradicional, o que ocasionou mudanças na forma de lidar com o paciente na clínica.

Constatou-se que o tratamento realizado na clínica winnicottiana a respeito da regressão pode levar à cura, diferentemente do que a clínica tradicional acreditava. Na psicanálise tradicional a regressão na clínica estava ligada a pontos de fixação e era analisada como uma defesa, não levando em conta os aspectos positivos desta. Por fim, o caso de Margaret Little, uma analista no lugar de analisada, veio ilustrar as diferenciações entre as clínicas (freudiana e winnicottiana) e confirmar a importância da regressão na clínica winnicottiana no processo de cura da psicose.

Essas observações confirmaram a necessidade de um aprofundamento sobre a clínica winnicottiana da regressão, por ser um tratamento muito perigoso tanto para o paciente como para o terapeuta e que não pode ser realizado sem um estudo aprofundado e uma determinada experiência clínica. Para se conseguir chegar à cura é necessário lidar primeiramente com a doença e com os mecanismos de defesas desenvolvidos pelo paciente, o que torna esse tratamento muito árduo e difícil. Com estes estudos também tornam-se claras as diferenças existentes entre as teorias de Freud e Winnicott e a importância da mudança de enfoque de Winnicott para o ambiente.

Com isso verificamos que diante da mudança de enfoque na clínica, pode-se ter êxito numa doença como a psicose, que é uma doença causada pela falha do ambiente, podendo levar à cura para estes tipos de pacientes que atendidos na clínica pela psicanálise tradicional não poderiam ter a mesma esperança.

Finalmente, sem o pioneirismo de Winnicott, que rompeu a barreira da interpretação da transferência, e sem sua valentia e segurança para não se limitar à técnica clássica, procurando alternativas inéditas ao tratamento dos psicóticos, a clínica psicanalítica permaneceria restrita, congelada e apenas fundamentada nos antigos modelos das neuroses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abram, Jan. 2000: A linguagem de Winnicott. Rio de Janeiro, Revinter.

Bunemer Elney 2002: Regressão e reconstrução. *Revista Brasileira de Psicanálise*. v.36, n.4, pp949-960.

Dias, Elsa Oliveira 1994: A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista. *Percurso*. n.13, 2º. Semestre.

_____ 1999: “Sobre a confiabilidade: decorrências para prática clínica”. *Natureza Humana*. n.1, 2º. Semestre.

_____ 2003. A teoria do amadurecimento de *D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, Sigmund 1900: “A Interpretação de Sonhos”. *Edição standard brasileira das obras completas*. V.5. Rio de Janeiro, Imago, 1972.

_____ 1912: “A dinâmica da transferência”. *Edição standard brasileira das obras completas*. V.12. Rio de Janeiro, Imago, 1972.

_____ 1916: “Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão - etiologia”. *Edição standard brasileira das obras completas*. V.16. Rio de Janeiro, Imago, 1972

Fulgêncio, Leopoldo. *Bibliografia Winnicottiana* In: *Natureza Humana: Revista de filosofia e psicanálise / Grupo de pesquisa em filosofia e práticas psicoterápicas do programa de estudos pós-graduados em psicologia clínica da Puc-SP*. Vol. 1, n.1. São Paulo: Educ, 1999.

Grumtrip. H 1975: “Minha experiência analítica com fairbairn e com Winnicott. Até que ponto é completo o resultado da terapia analítica”. *The international Rewiew of Psychoanalysis*. V.2 part.2, 1975.

Laplanche, J. e Pontalis 2001: *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes.

Little, Margaret 1992: “*Ansiedades psicóticas e prevenção. Registro pessoal de uma análise com Winnicott (Psychotic anxieties and containment)*”. Rio de Janeiro, Imago, 1992.

Loparic, Zeljko (2001). “Esboço do paradigma winnicottiano”. *Cadernos de história e filosofia da ciência*, v. 11, n. 2, pp. 7-58.

_____ 2006: “De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática”.
Natureza Humana, v.8, n. especial 1, pp.21-47, Edic FAPESP.

Moraes, Ariadne A. R. E.: *A Contribuição Winnicottiana para a Teoria e Clínica da Depressão*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica São Paulo: PUC/SP, 2005. Disponível em: www.centrowinnicott.com.br.

Naffah Neto, A.: “O caso de Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise”. In: *Jornal da psicanálise*. São Paulo, 41(75):107-121, dez. 2008.

Nick e Cabral 2001: *Dicionário técnico de psicologia*. São Paulo, Cultrix.

Outeiral, José 2001: “Os Pacientes de Donald Winnicott que escreveram sobre sua experiência terapêutica: alguns comentários”. In: Outeiral, José (org.); Hisada, Sueli (org.); Gabriades, Rita Helena Cucê Nobre (org.); *Winnicott: seminários paulistas*. São Paulo, Casa do Psicólogo, pp. 90-111.

Phillips, Adam 2006: *Winnicott*. São Paulo. Idéias e Letras.

Rodman, Robert (1987). “Introdução”, in: Winnicott, 1987b(W17).

Vilete, Edna P. 2002: “Regressão no processo analítico – A visão de Winnicott”. *Revista Brasileira de Psicanálise*. v.36, n.4, pp.835-843.

Livros consultados

- WINNICOTT, D. W. (1958a) (W6). *Collected Papers: Through Pediatrics to Psychoanalysis*. Londres: Tavistock Publications. Tradução brasileira de Davy Bogomoletz: *Textos selecionados: Da pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____ (1965c) (W8). *The Family and Individual Development*. Londres: Tavistock Publication. Tradução brasileira: *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____ (1965b) (W9). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth Press/ Institute of Psychoanalysis. Tradução brasileira: *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____ (1971a) (W10). *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications, 1971. Tradução brasileira: *Obrincar e a realidade*. Rio de Janeiro Artes; Imago, 1975.
- _____ (1977) (W12) *The Piggle: An account of the Psycho-analytic treatment of a little girl*. Londres: Hogarth Press/ The institute of Psychoanalysis. Tradução brasileira: *The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Rio de Janeiro: imago, 1987.
- _____ (1984a) (W13) *Deprivation and delinquency*. Londres: Tavistock Publications. Tradução brasileira: *Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____ (1986b) (W14). *Home is where we start from*. Londres: Penguin books. Tradução Brasileira: *Tudo começa em casa*. 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____ (1986a) (W15) *Holding and interpretation. Fragment of an analysis*. London: Hogarth Press/ Institute of Psychoanalysis. Tradução brasileira: *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____ (1987a) (W16) *Babies and their mothers*. Londres: Free Association Books. Tradução brasileira: *Os Bebês e suas Mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- _____ (1987b) (W17) *Selected letters of D. W. Winnicott*. Cambridge Massachusetts: Havard University Press. Tradução Brasileira: *O Gesto Espontâneo*. São Paulo: Martins fontes, 2005.
- _____ (1988) (W18) *Human Nature*. Londres: Winnicott Trust. Tradução brasileira: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, Imago editora, 1990.
- WINNICOTT, Clare, SHEPHERD, Ray & DAVIS, Madeleine. (1989a) (W19) - *Psycho-Analytic Explorations*. Eds C.Winnicott/R.Shepherd/M.Davis. Cambridge, Mass., Harvard

University Press Tradução brasileira de José Octávio de Aguiar Abreu. *Explorações Psicanalíticas – D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed, 1994.

Artigos consultados de D. W. Winnicott

WINNICOTT, D.W. (1945d)[1945]. “Desenvolvimento Emocional Primitivo.” In: Winnicott, 1958 a. (W6).

_____ (1955d) [1954]. “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico”. In: Winnicott 1958 a. (W6).

_____ (1955e) [1954] “Retraimento e regressão.” In: Winnicott, 1958a. (W6).

_____ (1956a) [1955-6]: “Formas clínicas de transferência”. In: Winnicott 1958 a.(W6).

_____ (1958j): “O primeiro ano de vida”. In: Winnicott 1965a. (W8).

_____ (1958n) [1956] “Preocupação materna primária.” In: Winnicott, 1958a. (W6).

_____ (1960c) [1960]. “Teoria paterno infantil”. In: Winnicott 1965b. (W 9).

_____ (1961f) [1967]: “O conceito de indivíduo saudável”. In: Winnicott 1986b (W14).

_____ (1963a) [1962]: “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica”. In: Winnicott 1965a.(W9)

_____ (1963c) [1963]:”Os doentes mentais na pratica clínica.. In: Winnicott 1965b.(W9).

_____ (1964e) [1963]: “O valor da depressão”. In: Winnicott 1986b (W14).

_____ (1965h) [1959]: “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?”. In: Winnicott 1965b. (W9)

_____ (1965j) [1963]: “Enfoque pessoal da contribuição kleiniana”. In Winnicott 1965b.(W9).

_____ (1965m) [1960]:”Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro ‘self’”. In: Winnicott 1965b: (W9).

_____ (1965n) [1962]: “A integração do ego no desenvolvimento da criança”. In: Winnicott 1965b.(W9).

- _____ (1965r) [1963]: “Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo”. In: Winnicott 1965b. (W9)
- _____ (1965va) [1962]: “Enfoque pessoal da contribuição kleiniana”. In Winnicott 1965b. (W9).
- _____ (1965vd) [1963]: “Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: Winnicott 1965b. (W9).
- _____ (1965vf) [1960]: “O relacionamento inicial entre uma mãe e o seu bebê”. In: Winnicott 1965a. (W8).
- _____ (1969i) [1968]: “O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações”. In: Winnicott 1971a. (W10).
- _____ (1970b) [1969] ”A experiência mãe-bebê de mutualidade”. In: Winnicott 1989a (W19).
- _____ (1974): “O medo do colapso (breakdown)”. In Winnicott 1989a.(W19).
- _____ (1986c) [1967]: “O Conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva”. In Winnicott 1989a.(W19).
- _____ (1984i) [1961]: “Variedades de psicoterapia”(W13).
- _____ (1987b).”Carta 29, para W.clifford M. Scott,19 de março de 1953”In Winnicott 1987b (W17).
- _____ (1987c) [1966]: “The ordinary devoted mother”. In: Winnicott 1987a. (W 16).
- _____ (1987 d) [1967]: “Communication between infant and mother, and mother and infant, compared and contrasted”. In: Winnicott 1987a.(W16).
- _____ (1988): “Os estados iniciais”. In: Winnicott 1988. (W18).
- _____ (1989l)[1989]: “Idéias e definições”. In: Winnicott 1989a.(W19).
- _____ (1989 d) [1965]: “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família”. In Winnicott 1989 a.(W19).
- _____ (1989m) [1964] ”A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise”. In: Winnicott 1989a. .(W19).
- _____ (1989o). [1968] ”A interpretação na psicanálise” In: Winnicott 1989 a. .(W19).
- _____ (1989vk)[1965]: “A psicologia da loucura: Uma contribuição para psicanálise”. In: Winnicott 1989 a. (W19).
- _____ (1988): “O ambiente”. In: Winnicott 1988 (W18).

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)