3

CLASSIFICAÇÃO E ETIOLOGIA DOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS

Ao introduzir a questão das classificações winnicottianas dos mais diversos distúrbios psíquicos, nada melhor do que lembrarmos o objetivo do psicanalista inglês ao formular suas teorizações acerca do desenvolvimento humano. Para tanto, vejamos o que o autor esclarece em sua introdução do livro “O Ambiente e os Processos de Maturação”:

Desenvolvendo a ideia de dependência absoluta na mais tenra infância, proponho *uma nova maneira de examinar a classificação de doenças mentais*. Meu propósito neste sentido não é tanto o de rotular tipos de personalidade como o de fomentar especulação e pesquisa nos aspectos da técnica analítica que se relacionam com a satisfação das necessidades do paciente em termos de dependência na situação e no relacionamento analíticos (Winnicott, 1965b, p.16; grifo nosso).

À primeira vista, ressalta-se a preocupação de Winnicott quanto à dimensão da pessoa humana e seu processo terapêutico, ou seja, a ênfase do trabalho está na possibilidade de levar o paciente a ter uma vida criativa. Nesse bojo, a prevalência da dimensão processual como propriedade do acontecer humano ganham contornos significativos.

Do ponto de vista clínico é fundamental que compreendamos o campo idiomático estabelecido por Winnicott para futuras distinções quanto à gravidade diagnóstica. No pensamento do autor inglês, faz-se necessário um olhar atento para a singularidade do caso no que este padece ou não “de adaptação à realidade e viabilidade psíquica” (Figueiredo, 2003; p.83).

Dessa forma, as considerações winnicottianas acerca da “gravidade” dos distúrbios psíquicos devem ser elencadas e baseadas nos critérios de saúde postulados pelo psicanalista inglês. Se por uma questão de limitação não podemos adentrar em todas as formulações do autor sobre a concepção de saúde, restringiremo-nos em assinalar algumas referências sobre esta.

A concepção winnicottiana de saúde fundamenta-se no processo de desenvolvimento; isto é, o estado salutar do indivíduo ocorre quando a idade deste é compatível com a maturidade emocional para a época de sua vida. Assim, o movimento rumo à independência assume um caráter importante, da mesma forma que espaços permanentes de dependência e regressão precisam ser

ofertados ao longo da trajetória do sujeito. O que está em jogo, portanto, é a necessidade de um desenvolvimento normal (ou paulatino) do ego, do psique-soma, das dinâmicas defensivas e de outras funções, em detrimento de um desencadeamento prematuro desses processos (Winnicott, 1962b) e (Winnicott, 1963c).

Ser saudável não implica em ausência de doença, mas alude ao fato de poder adoecer e recuperar-se do agente adoecedor. Há uma total pertinência da saúde com a doença, ou, como afirma o autor, a saúde ganha muito se consegue manter contato com a doença em sua totalidade de aspectos. Essa concepção de saúde concerne um modo de ver o ser humano que privilegie o sentido relacional dos elementos internos e externos, inexistindo a predominância de processos de negação, tais como a comunicação com núcleos esquizoides e movimentos regressivos de dependência (Winnicott, 1967a).

Por isso mesmo, Winnicott não se pauta na circunscrição e no ordenamento de um conceito de saúde no qual figure a ausência de determinadas características neuróticas. Vejamos a reflexão exposta pelo autor inglês: “Pode ser que numa determinada época os psicanalistas tendessem a pensar na saúde como a ausência de distúrbios psiconeuróticos, mas isso não é verdade hoje em dia. Precisamos de critérios mais sutis” (Winnicott, 1967a, p.9).

Assim sendo, ao falar em saúde Winnicott arroga-se o direito de enfatizar a importância de “um senso de *self* e um senso de ser” (Winnicott, 1967a, p.7). A aquisição de uma experiência de vida subjetiva propicia ao sujeito a oportunidade de sentir-se real e conseqüentemente poder usufruir de uma vida criativa. Nessa perspectiva, o eixo de uma vida saudável é concebido pelo fomento na edificação de uma riqueza e vivacidade internas, contraposto a uma pobreza da realidade psíquica individual. Todo esse panorama viabiliza ao vivente a capacidade de desfrutar da experiência cultural (localizada no espaço potencial entre o indivíduo e sua ambiência) e, portanto, estabelecer experiências eminentemente criativas – condição *sine qua non* de uma vida salutar.

Em suma, é nesse panorama de um viver pautado sobre um campo de uma gestualidade pessoal e, conseqüentemente, criativa que se estabelece a gravidade de determinado caso clínico. A escuta do analista não deve ser abstrata ou genérica, porém conduzida às particularidades de seu analisando na medida em

que o psiquismo do mesmo funde-se ou não sobre o campo do verdadeiro *self*.

Destacamos duas passagens do psicanalista inglês:

Vocês não saltarão à conclusão de que pessoas neuróticas são necessariamente menos doentes do que pessoas psicóticas (Winnicott, 1963c, p.197).

[...] mesmo os esquizofrênicos retraídos e aprisionados ao leito podem estar vivendo criativamente uma atividade mental secreta e, portanto, em certo sentido, feliz. Infelizes somos você e eu que, em certa fase, estamos conscientes da falta daquilo que é essencial ao ser humano, que é muito mais importante do que comer ou do que a sobrevivência física (Winnicott, 1970b, p. 28).

Em outras palavras, podemos afirmar que, intrinsecamente ligada às ideias de processo e saúde, encontra-se a recusa de Winnicott de formular classificações em entidades nosológicas bem definidas, tais como as propostas pela psiquiatria. Essa concepção se afina com a dimensão de mutação do diagnóstico, visto que a patologia não é cristalizada e pode sofrer alterações, sobretudo, pela resposta dada pelo meio ambiente. Entretanto, importa sinalizar (a fim de evitarmos conclusões precipitadas) que as classificações winnicottianas não são baseadas em referenciais sintomáticos; pelo contrário, em sua condução clínica, o autor nos alerta para a inutilidade de tentarmos classificar indivíduos enfermos com base no quadro clínico apresentado (Winnicott, 1964b).

O psicanalista, diz Winnicott, se coloca do lado oposto ao do profissional que pensa existir uma doença por si mesma. Através de sua escuta clínica, o analista colhe informações que lhe permitem traçar a evolução do distúrbio ao longo da linha vital do indivíduo e, desse modo, elucidar melhor sua hipótese diagnóstica. Nesse sentido, o acompanhamento do percurso e do processo de vida do indivíduo abre espaço para a mutação do diagnóstico. Nas palavras de Winnicott, “Uma histérica pode revelar esquizofrenia subjacente, uma pessoa esquizoide pode vir a ser o membro saudável de um grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo” (Winnicott, 1964b, p.121).

Os ecos dessa concepção processual da natureza humana atingem diretamente as fronteiras que demarcam os diversos grupos clínicos. Se, de fato, existe a mudança do diagnóstico, verificamos também múltiplas possibilidades de superposição dos distúrbios psíquicos:

Não há limites rígidos entre todos esses distúrbios, e muitas vezes ocorre, por exemplo, de um obsessivo tornar-se deprimido ou confuso, voltando em seguida à sua obsessão. Nesse caso, as defesas psiconeuróticas transformam-se em psicóticas e depois novamente em psiconeuróticas (Winnicott, 1960c, p.89).

Desse ponto de vista notaremos que em vários textos Winnicott assinala o possível trânsito entre as distintas modalidades de constituição psíquica. Exemplos não faltam em sua obra: as fases esquizoides pelas quais qualquer indivíduo pode passar, inclusive durante o tratamento; da mesma forma os momentos ou períodos psicóticos que transcorrem ao longo do processo analítico; um falso *self* que comporta uma esquizofrenia latente; casos clínicos em que predominam tanto elementos neuróticos quanto psicóticos, entre outras múltiplas passagens (Winnicott, 1968a), (Winnicott, 1967c), (Winnicott, 1955a), (Winnicott, 1968a) e (Winnicott, 1963c).

Essas inúmeras condições clínicas somente reforçam a necessidade do diagnóstico (no que este comporta de abertura às contingências da vida), a fim de que este norteie a dimensão do trabalho analítico – “O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico com o continuar do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico” (Winnicott, 1962c, p. 154). Nessa perspectiva, a relevância das formulações sobre a temática diagnóstica traz em seu bojo indicações e instrumentos de análise oriundos dos postulados sobre o amadurecimento humano. O paciente é um ser único, portador de necessidades singulares, e que demanda do analista um papel próprio no *setting* analítico. Trata-se, portanto, de nos reportarmos continuamente ao fenômeno maturativo de cada indivíduo.

Por conseguinte, na ótica winnicottiana consideramos a extrema relevância do fator etiológico. É fundamental insistirmos nesta dimensão, qual seja, a de que no âmbito clínico nos interessa o ponto em que houve a falha ambiental na história do paciente. Há uma primazia da repercussão e expressão dos fatores ambientais que determinaram o sofrimento vivenciado pelo indivíduo em detrimento da sintomatologia momentaneamente apresentada por ele. Através do trabalho analítico, o psicanalista tem a chance de se familiarizar com determinado distúrbio que persiste desde o período precoce da vida de seu paciente, bem como com as mudanças que nele acontecem.

Na perspectiva winnicottiana, portanto, podemos compreender a fenomenologia dos distúrbios psíquicos ligada às complicações na resolução de determinadas tarefas, em tempos distintos do processo de amadurecimento do indivíduo. De acordo com esse pensamento Elsa Dias nos adverte:

Quando há fracasso na conquista desta ou daquela etapa do amadurecimento, um distúrbio emocional se estabelece. A natureza do distúrbio está relacionada com o seu ponto de origem: na linha do amadurecimento, isto é, com a natureza da tarefa com a qual o bebê, ou a criança, estava envolvido por ocasião do fracasso ambiental (Dias, 2003, p. 102 e 103).

Estamos diante, portanto, de distúrbios mentais que se referem impreterivelmente a arranjos entre estados de maturidade do indivíduo e reações advindas do meio em épocas primeiras do desenvolvimento. Devemos ressaltar o fato de que tanto as atitudes ambientais apoiadoras como as retaliadoras participam dessa montagem relativa à natureza do sofrimento infligido ao sujeito. No primeiro caso, quando vislumbramos uma sustentação adequada pelo meio circundante, teremos uma atenuação e, até mesmo, a prevenção de futuras complicações psíquicas. Todavia, quando as contingências na tenra infância proporcionam uma ambiência tantalizadora, o indivíduo é defrontado com dificuldades para atualizar suas tendências inatas.

As condições e especificidades do distúrbio correlacionam-se com o padrão traumático imposto pelo ambiente de maneira patológica, pois cabe lembrar que inexitem na visão winnicottiana aspectos saudáveis ou doentes em si mesmos que independam do momento vivenciado pelo indivíduo, bem como do tempo em que aconteceram na história do sujeito. Desse modo, podemos dizer que o princípio norteador das classificações obedece a um critério maturacional onde o ponto de origem do distúrbio figura como eixo preponderante (Dias, 2008).

Nessa perspectiva, um dos fatores adotados por Winnicott para a classificação dos distúrbios mentais e posterior manejo clínico é a consideração por alguns elementos que se apresentam ou não no setting analítico. A distribuição sistemática promovida pelo autor mostra-se regida por uma lógica excludente e progressiva no que se refere aos mais variados transtornos psíquicos que possam ser verificados na clínica psicanalítica. Deixando de lado alguns exemplos de distúrbios, citemos a ordem de classificação/exclusão estabelecida pelo psicanalista inglês. Primeiramente, o analista deve eliminar qualquer hipótese de doenças cuja etiologia provenha de complicações referentes ao funcionamento cerebral. Deve-se observar que a existência de um distúrbio do centro nervoso acarreta secundariamente em problemas na personalidade do indivíduo. Em segundo lugar e de maneira análoga, o terapeuta deve atentar para manifestações

psicológicas derivadas primariamente de doenças físicas. Por fim, chegaremos às “doenças mentais propriamente ditas, isto é, doenças que não dependem de doença do cérebro ou de outra doença física” (Winnicott, 1963c, p. 197).

Lembremos que essa divisão adotada pelo psicanalista inglês tem como objetivo a oferta de tratamentos e cuidados adequados às necessidades presentes na vida do indivíduo. Pois, como afirmamos no capítulo anterior, Winnicott, destituído de preconceitos quanto à relevância de fatores hereditários e congênitos —para ele estes elementos são fundamentais—, forja o conceito de psique-soma a fim de não cair em uma posição dualista (cartesiana) no que tange a relação entre mente e corpo.

Ao seu estilo, no artigo “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?” (1964) que antecede o último citado, Winnicott destaca três fatores que sempre passarão as eventuais classificações realizadas no âmbito clínico. O autor polarizará de um lado o componente hereditário¹³, de outro o aporte ambiental (ou a ausência deste), e no meio dessas duas dimensões encontraremos o indivíduo e suas respectivas defesas. Por mais que a psicanálise winnicottiana ocupe-se do sujeito que vive, cresce e estabelece suas defesas, é relevante que o analista domine as formulações sobre a teoria do amadurecimento individual em seus conceitos de dependência absoluta, relativa e independência relativa. Somente dessa maneira o terapeuta poderá apreciar os efeitos primitivos de uma dependência total do bebê à sua mãe – no qual o primeiro não tem a capacidade de apreender – e poderá “recompor o material do paciente, usando sua imaginação para assim fazê-lo” (Winnicott, 1964b, p.126).

Nesse contexto, examinamos que para Winnicott o importante é a circunscrição da etiologia do distúrbio ao longo da linha vital que percorre o processo maturacional do indivíduo. Temos, assim, de considerar a natureza do trauma vinculada à época na qual a criança defrontava-se com resoluções de múltiplas tarefas desenvolvimentais. Desse modo, verificamos que o campo de classificações das diversas patologias estabelecidas pelo autor inglês variará de acordo com o seu momento teórico. Contudo, de forma geral podemos elucidar a seguinte divisão: neuroses, tendência antissocial, depressões, falso *self* e psicose –

¹³ Neste exemplo, Winnicott considerará a hereditariedade (em sua maior parte), como sendo “a tendência inerente do indivíduo a crescer, a se integrar, a se relacionar com objetos, a amadurecer” (Winnicott, 1964b, p. 125).

ou seja, o pediatra inglês descreve ao longo de sua obra um grupo clínico heterogêneo de distúrbios psíquicos. Sendo assim, dadas as limitações intrínsecas à dissertação, nos tópicos abaixo especificaremos somente alguns desses arranjos psíquicos em seu princípio etiológico, bem como em suas manifestações clínicas. Começaremos por expor o quadro neurótico, depois a psicose, passando pela esquizoide. Falaremos também da tendência antissocial e, por último, do verdadeiro e falso *self*.¹⁴ Abordaremos a manifestação depressiva dentro da extremidade na qual ela se encontra, isto é, tanto na neurose quanto na psicose.

Após esses breves esclarecimentos e distinções sobre as concepções de Winnicott quanto ao diagnóstico clínico e seu eixo classificatório, verificamos que, para além de possíveis desdobramentos teóricos, sua leitura da natureza humana e de sua temporalidade intrínseca permite ao psicanalista inglês um dinamismo na descrição e manejo de cada analisando. Apoiado em sua vasta experiência clínica, o autor reforça a importância de conhecermos a teoria do amadurecimento humano – instrumento primordial na compreensão das falhas ambientais que precipitam as múltiplas patologias – a fim de que adotemos uma postura ética que melhor nos conduza junto ao analisando.

3.1

A neurose e o relacionamento em termos de pessoas totais

A orientação adotada por Winnicott para a neurose é, por reiteradas vezes, remetida à abordagem da psicanálise tradicional. No curso de sua teoria, o autor aponta a abrangência do distúrbio neurótico ao estágio edípico, pois pressupõe-se que o indivíduo tenha passado pelo complexo de Édipo e estabelecido relacionamentos em termos de pessoas totais.

Em outras palavras, Winnicott examina com descrédito qualquer tentativa de antecipação do drama edípico às etapas anteriores do processo de desenvolvimento, isto é, quando a organização do relacionamento gira em torno de duas pessoas “e a terceira pessoa ou o objeto parcial está internalizado, é um fenômeno da realidade interna” (Winnicott, 1990, p.67). De acordo com o autor

¹⁴ Para fins deste trabalho não nos reportaremos a conceituação do quadro borderline, visto que na obra de Winnicott esta categoria aparece de maneira mais ou menos indiferenciada à organização esquizoide. Assim nos limitaremos à descrição desta última manifestação psíquica, deixando para um trabalho posterior as elaborações tanto das distinções, quanto dos encontros entre estas duas formas de configuração subjetiva.

inglês, afirmar a instalação do complexo de Édipo requer que cada sujeito seja percebido como pessoa total (tanto para o observador como para a criança) e, portanto, não concebido como objeto parcial.

Um requisito da experiência neurótica liga-se à problemática da instintualidade genital justamente na área em que se encontra, ou seja, a das relações interpessoais. À época primeira de sua formação subjetiva, o indivíduo neurótico trava uma luta contra os instintos vigentes e sua dimensão de ambivalência – conflito entre o amor e o ódio em relação à figura parental. Na sequência, a formação do “inconsciente reprimido” instaura uma solução para o sofrimento vivenciado pela criança na medida em que funda defesas que o auxiliam em seu conflito (Winnicott, 1990). Observemos aqui, novamente, a relevância dada por Winnicott aos aspectos ambientais. É o meio circundante em sua continuidade e permanência que proverá a solidez necessária às experimentações do infante quanto aos seus sentimentos:

Feliz e saudável é o menino que chega precisamente a este ponto de seu desenvolvimento físico e emocional quando a família está intacta, e que pode ser acompanhado em meio a esta constrangedora situação em primeira mão pelos próprios pais, que ele conhece muito bem, pais que toleram idéias, e cujo relacionamento é firme o bastante a ponto de não temerem a tensão sobre as lealdades, criada pelos ódios e amores da criança (Winnicott, 1990, p.68).

Portanto, verificamos que as condições ambientais formam a base crucial para o processo de recalçamento e a edificação de defesas psíquicas, cuja implicação está no fato destas últimas revelarem-se como ferramentas valiosas para a sustentação e a tentativa de lidar tanto com os impulsos internos quanto com os fatores externos¹⁵. Do ponto de vista da criança é fundamental que, transcorrido o período da dependência absoluta, ela possa gradativamente assumir para si algumas funções anteriormente advindas do ambiente. No entanto, para que as defesas possam se constituir como expressões significativas da saúde, elas não podem se instituir rigidamente, mas devem dar espaço, por exemplo, à tolerância da ansiedade quando em momentos de excitação máxima (Winnicott, 1990).

¹⁵ Ainda em relação a esta temática Winnicott afirma: “Quando os pais existem, e também uma estrutura doméstica e a continuidade das coisas familiares, a solução vem através da possibilidade de distinguir entre o que chamamos de realidade e fantasia” (Winnicott, 1990, p.77).

Dentro dessa perspectiva, a organização de defesas contra a ansiedade de castração adquire contornos fundamentais para o diagnóstico de neurose. Derivada do jogo edípico, ela aparece como temática central neste tipo de constituição psíquica, originando uma variada constelação sintomatológica. Com isso, há uma diferença significativa se o paciente apresenta uma ansiedade de castração ou de aniquilamento. Enquanto que a primeira traz a marca da personalidade neurótica, a segunda encaminha-nos rumo ao sofrimento psicótico.

Trata-se de observar, aqui, uma concepção winnicottiana cuja influência perpassa os mais diversos distúrbios psíquicos. Por exemplo, ainda que predominem na neurose as ansiedades oriundas do funcionamento edípico, é imprescindível a consideração pelas experiências primevas do indivíduo. Dessa maneira, “a forma da doença varia de acordo com as experiências pré-genitais do indivíduo” (Winnicott, 1964b, p.119). Mais exatamente, os princípios regentes de uma neurose requerem a transição de um percurso das excitações instintuais a um processo integrador, tal como verificamos no estágio do concernimento e do uso do objeto. Qualquer tentativa de explicar as organizações pré-genital, fálica e genital impreterivelmente necessitará de um olhar atento quanto à oferta de uma boa ou má provisão ambiental para o indivíduo e suas consequências em termos de saúde ou doença.

Naturalmente, é relevante citar que na visão de Winnicott a incumbência em lidar com os conflitos da ambivalência perpassa não somente as organizações defensivas construídas pelo indivíduo e pelo papel atribuído à ambiência, como todo o processo de elaboração imaginativa das funções corporais. Acreditamos ter deixado clara a importância dessas funções no ser humano dada a exposição realizada por nós no primeiro capítulo. Contudo, resgatamo-la aqui a fim de acentuar seu destaque na articulação das experiências vivenciadas pelo sujeito. Nesse caso, a elaboração imaginativa contorna e delinea “as expressões de apetite, sexualidade e ódio” (Winnicott, 1990, p.78) que, se deixadas sem mediação, irromperiam de forma bruta (ou seja, em sua forma crua, primitiva). Por fim, deve-se notar também que, se os processos defensivos encontram-se organizados de modo relativamente rígido (através do recalçamento), sendo claramente enunciados, a elaboração imaginativa da instintualidade deparar-se-á com dificuldades para operar. Segundo Winnicott, “Se a organização defensiva contra a ansiedade é mais evidente que os instintos, seu controle consciente e sua

influência sobre a ação e a imaginação, o quadro clínico é mais de psiconeurose que de saúde” (Winnicott, 1990, p.80).

Em síntese, o sujeito neurótico apresenta um funcionamento peculiar do inconsciente recalçado, o qual se mostra intolerável, assim como fonte de formações reativas. Tal característica implica, sobretudo, na primazia do recalque em sua dinâmica psíquica – organizada em razão das ansiedades oriundas de fatos e fantasias concernentes aos relacionamentos interpessoais (Winnicott, 1958c). Pressupõe-se, assim, que o neurótico tenha alcançado uma modalidade de integração egoica e, portanto, passado pelo estágio de concernimento. E é somente “no final do estágio do concernimento, que se mistura com o início do estágio edípico, que se estabelecem as relações triádicas” (Dias, 1998; p.219).

As modalidades de neurose serão concebidas de acordo com os tipos de defesa elaborados para lidar com as ansiedades que emergem no campo relacional dos indivíduos – neurose obsessiva, histeria de conversão, fobias, etc. É evidente que na neurose encontraremos não somente ansiedades e defesas contra a angústia de castração, mas também problemas referentes à integração dos instintos – ou seja, inúmeras complicações referentes ao estágio do concernimento. Em outras palavras, descortinam-se problemas cujos atravessamentos são construídos em um período de relacionamento dual no qual inexitem os futuros conflitos ligados à figura paterna.

Já a posição defendida por Winnicott no que tange ao tratamento da neurose segue, em grande parte, baseada no tipo de condução analítica comum em sua época. Entretanto, a narrativa de sua experiência clínica demonstra-nos que, fiel aos seus postulados teóricos, ele transcende (assim como outros analistas) as descrições rígidas do procedimento clínico, fazendo da inventividade sua marca operadora. Assim, as considerações sobre o processo analítico de um paciente neurótico são elencadas a partir de condições semelhantes vivenciadas por diversos pacientes e cujo vetor operativo baseia-se na neurose de transferência.

Problematizando a questão terapêutica, Winnicott observa que devemos interpretar a ambivalência na medida em que ela aparece na relação transferencial. Tal interpretação cita o psicanalista inglês, deverá essencialmente ser coadunada com a capacidade do analista para compreender os processos do indivíduo e, também, com sua aptidão para tolerar sentimentos e ideias conflituosas. Nesse caso, portanto, é fundamental que possamos respeitar a temporalidade de cada

paciente, sobretudo, quando realizamos alguma interpretação, evitando, desse modo, que ela ocorra de forma extemporânea aos processos do analisando (Winnicott, 1990).

Segundo Winnicott, o neurótico tende a ver no analista um profissional com sentimentos ambivalentes em relação ao seu paciente. O analisando espera que seu terapeuta demonstre uma clivagem de amor e ódio para consigo e acredita no fato de que, “quando tem sorte, consegue o amor, porque alguma outra pessoa está tendo o ódio do analista” (Winnicott, 1947a, p. 343). Se toda essa vivência da ambivalência é marca distintiva do quadro neurótico, por conseguinte é imprescindível um olhar cuidadoso às questões contratransferenciais a fim de que o analista possa realizar satisfatoriamente o trabalho analítico.

A particularidade desse manejo clínico só é possível pelo potencial do indivíduo neurótico em operar de forma simbólica, como constatamos nos múltiplos elementos abarcados pela sua análise: sonhos, ideias, imaginações e fantasias. O exame dessas condições dá ao analista, como recurso terapêutico, permitir que a transferência desenvolva-se por si mesma de modo que o tratamento psicanalítico comporte “novas experiências simplificadas” (Winnicott, 1968a, p.82). Aqui, o autor acentua o valor da “revivência” na análise dos processos que vigoram e organizam o funcionamento de cada indivíduo, pois com o desencadeamento da neurose de transferência o paciente atualiza o modo habitual de relacionar-se. Cabe ao analista prover e sustentar um *setting* terapêutico no qual, em seu papel de terapeuta, ele se responsabilize pelo movimento regressivo do analisando (Winnicott, 1961b) e (Winnicott, 1990).

Por sua vez, a regressão na análise de um neurótico desvela características singulares. Pelo fato de ter havido experiências iniciais satisfatórias, o modo pelo qual o indivíduo lida com fracassos ambientais específicos ocorre pela via do “congelamento” destes mesmos fracassos. Winnicott aproxima sua definição de congelamento à conceituação de “pontos de fixação”¹⁶ tal como formulada pela teoria psicanalítica clássica. Isso implica na hipótese de que, em obstáculos

¹⁶ Não obstante Winnicott utilize a nomenclatura de “ponto de fixação” para relacionar suas ideias à conceituação do desenvolvimento pulsional, devemos lembrar que não é este o foco principal sobre o qual o autor versa. O que existe é um movimento regressivo rumo a determinado momento do amadurecimento humano (cujo ambiente foi provedor ou não) e não somente a pontos de fixação libidinal na história do indivíduo. Winnicott escreveu: “O que nos diz respeito, portanto, não é apenas a regressão a pontos bons e maus das experiências pulsionais do indivíduo mas também a regressão a pontos bons e maus da adaptação ambiental às necessidades do ego e do id na história do indivíduo” (Winnicott, 1954a, p.465).

futuros enfrentados pelo indivíduo neurótico, a regressão ocorreria a uma antiga situação exitosa de cuidados ambientais, acarretando no que o autor inglês denomina como “regressão à dependência” (Winnicott, 1990, p. 82). Dessa maneira, o que se verifica como especificidade do movimento regressivo em sujeitos cuja situação inicial da vida foi suficientemente boa é, nas formulações de Winnicott, a recordação da dependência na qual descobrimos uma situação ambiental, ao invés de uma organização defensiva pessoal (que permanece não tão visível dada a sua fluidez) (Winnicott, 1954a).

Por outro lado, da mesma forma que existem regressões a pontos de fixações bons, podem existir regressões à instintualidade pré-genital nas quais se destacam pontos de fixação ruins. Neste caso, as ansiedades derivadas dos relacionamentos interpessoais levam o indivíduo à tentativa de evitar a ameaça de castração pela via de uma regressão que acaba reforçando a situação de alguns fracassos ambientais¹⁷ (Winnicott, 1954a) e (Winnicott, 1990).

Diante desse panorama, o pediatra inglês comenta que o analista trabalhará no sentido de viabilizar uma redução do conteúdo recalcado à medida que consiga trazer para o consciente aquilo que estava inconsciente – sendo esta uma contribuição importante na análise desse grupo de pacientes. Winnicott relata que o desejo de conhecer a si mesmo é uma característica do paciente neurótico, cuja análise acarreta em maior autoconsciência e tolerância para com o que é desconhecido (Winnicott, 1990).

Winnicott afirma que no final da análise de um neurótico haveria “uma redução do componente pré-genital da sexualidade” e uma melhora em seus relacionamentos interpessoais (Winnicott, 1963c, p.198). Nesse contexto, e segundo o olhar winnicottiano, os aspectos relevantes na formação do quadro neurótico não prioritariamente perpassam os desdobramentos pulsionais na dinâmica psíquica do indivíduo. O fator decisivo está no interjogo constante das experiências relacionais do sujeito com seu entorno, dentre os quais se destacam as provisões satisfatórias ou não oferecidas pela ambiência primeira do indivíduo.

A neurose possui como característica central o processo de constituição egoica no qual se pressupõe que o vivente tenha alcançado um estado integrado em seu processo de desenvolvimento. Desse ponto de vista, a configuração

¹⁷ Ocorre, porém, que na neurose estes fracassos não foram suficientes para redundar em outro quadro clínico (por exemplo, a psicose).

neurótica é marcada não somente por ser um distúrbio do amadurecimento, mas pela obtenção de uma catalisadora fonte de saúde. Isso acontece na medida em que a aquisição do estado unitário auxilia o indivíduo nas dificuldades vividas tanto no seu mundo subjetivo quanto na realidade compartilhada.

Voltando ao que esclarecemos na introdução deste capítulo, Winnicott, desvinculado de estratificações rígidas em suas descrições clínicas, não acredita, por exemplo, na existência de uma neurose pura. Nesse sentido, as nuances do manejo clínico variarão de acordo com a necessidade do paciente em determinado momento da análise. A fim de ilustrarmos todo esse processo de trabalho clínico, encerraremos nossa descrição da organização neurótica com uma explicação do autor inglês sobre a histeria:

A análise do histérico (terminologia popular) é a análise da loucura que é temida, mas que não é atingida sem o fornecimento de um novo exemplo de cuidado materno; um cuidado materno, na análise, melhor do que aquele fornecido no início da infância do paciente. Mas, por favor, notem bem que a análise pode e deve chegar à loucura, apesar do diagnóstico permanecer sendo neurose e não psicose (Winnicott, 1952a, p. 209).

3.2

A psicose e as falhas ambientais na constituição do psiquismo

Todo ser humano, ao tempo de sua prematuridade e de certo modo ao longo de sua vida, está lidando com os processos de integração, personalização e realização. Isso significa que uma pré-condição para sentir-se existindo, sentir-se real e portador de uma vida criativa é a edificação de um si-mesmo – que, por sua vez, para se tornar viável, necessita de um aporte ambiental acolhedor e sintonizado com as necessidades do infante.

Essa ambiência satisfatória assenta caminho para a atualização das tendências inatas do lactente, permitindo, desse modo, uma organização pessoal pautada na constituição de objetos subjetivos e o posterior ingresso no senso de uma realidade compartilhada. No caso da psicose, Winnicott é enfático ao relacionar sua etiologia às distorções e falhas do conjunto ambiente-indivíduo neste período precoce de constituição do psiquismo, isto é, no estágio de dependência absoluta (e mesmo relativa) do lactente com sua mãe.

Cabe salientar que toda e qualquer experiência neste momento de constituição egoica é crucial para a formação do si-mesmo. Dada a precariedade de sua esfera integrada, o vivente não está preparado suficientemente para discriminar se o evento ocorrido vem dele mesmo ou de uma exterioridade. Desse modo, algum descompasso na adaptação ativa do entorno provoca no bebê o sentimento de intrusão ambiental, uma vez que interrompe seu processo primordial de continuidade do ser.

Não é demais assinalar que a exigência incipiente e antecipada de credulidade na existência de uma externalidade poderá ocorrer de duas maneiras. A primeira, pela via de uma presença sufocante e cerceadora, ou seja, peca-se por um excesso de comparecimento na interação dual. A segunda é pautada por uma ausência ambiental que inviabiliza a criação do meio pelo infante, isto é, há uma escassez de sustentação e material criativo ofertados ao sujeito. Portanto, verifica-se que ambas as modalidades de interação (acima citadas) do par lactente-ambiente serão caracterizadas como movimentos invasivos ao ser individual.

Em um artigo redigido no ano de 1963, “O medo do colapso”, Winnicott indica claramente a operação de defesa realizada pelo quadro psicótico como anteparo às ansiedades primitivas vividas no processo de amadurecimento. Diz ele:

É errado pensar na enfermidade psicótica como um colapso; ela é uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva, e é geralmente bem-sucedida (exceto quando o meio ambiente facilitador não foi deficiente, mas sim atormentador, que é talvez a pior coisa que pode acontecer a um bebê humano) (Winnicott, 1963d, p.72).

A análise da psicose feita por Winnicott define-a através de medidas defensivas contra o colapso e a ameaça confusional provinda de agonias primitivas, ou seja, ela é sempre uma organização defensiva em face do “medo de um colapso que já foi experienciado” (Winnicott, 1963d, p.72). Esse colapso, contudo, não pode ser integrado em uma experiência, visto que tal vivência não é perpassada pelo estabelecimento de uma identidade unitária. Dessa forma, há necessidade de que no âmbito terapêutico ocorra uma regressão a fim de que o paciente experiencie o medo do colapso e possa abrir caminhos para uma vida mais criativa.

Cabe frisar que em alguns artigos Winnicott se propõe a fazer uma classificação dos distúrbios psicóticos. No entanto, em uma parcela considerável desses textos, tal ordenação ocorre de forma quase assistemática. Reproduzimos abaixo sua descrição genérica feita em *Natureza Humana*:

PSICOSES	Maníaco-depressiva Depressão Defesas contradepressivas	<i>Concern</i> pelo Amor implacável (<i>ruthless</i>). Reação à perda de objetos.
	Perseguição: vinda de dentro Hipoconcrria vinda de fora Defesa paranoide retirada para o mundo interno.	<i>Concern</i> quanto às consequências da agressividade.
ESQUIZOFRENIA	Defesas através de cisão por desintegração por perda do sentimento de realidade por perda de contato	Fracasso da adaptação materna nos estágios iniciais.

(Winnicott, 1990, p. 35)

Já, no livro “A Família e o Desenvolvimento Individual”, Winnicott delinea também dentro deste distúrbio a melancolia com dificuldades mais ou menos paranoides (Winnicott, 1960c). Em outro artigo, Winnicott reforça a divisão das psicoses feita em *Natureza Humana* (1990), ou seja, entre as tendências maníaco-depressivas e o grau mais desenvolvido de esquizofrenia. Ainda de modo similar, o autor vincula os diversos delírios persecutórios aos distúrbios psicóticos (seja a hipocondria, seja ao caráter paranoide) (Winnicott, 1959b).

Podemos dizer que Winnicott delimita a configuração da psicose esquizofrênica em diversificados graus e modalidades de organizações defensivas: a esquizofrenia inteiramente desenvolvida, esquizofrenia infantil (autismo), fronteiriços (*borderlines*) e esquizoides. Na descrição da etiologia esquizofrênica, o autor inglês novamente faz referência ao relacionamento dual do bebê com sua mãe, anterior à entrada de qualquer terceiro em cena. “De fato, chegamos à vida do lactente relativa a objetos parciais, e ao lactente que é dependente, mas incapaz de reconhecer essa dependência” (Winnicott, 1963e, p. 211). Em outros termos, o desenvolvimento da esquizofrenia incide em um período que varia da prematuridade inicial do lactente ao final do estágio do uso do objeto. A

complexidade do distúrbio se pauta, portanto, no grau de integração que resiste ao traumatismo ambiental ocorrido.

Já as psicoses depressivas relacionam-se às falhas do meio que se sucedem após o lactente ter alcançado o estágio do EU SOU e, nessas condições, a base de sua vivência traumática tem seu início junto ao período do concernimento. Os efeitos de tais acontecimentos remetem à instauração de problemas quanto à ambivalência envolvidos no processo de instintualidade. Encontraremos descritos neste grupo clínico, por exemplo, a psicose maníaco-depressiva e a hipocondria (Dias, 1998).

Nesse sentido, podemos dizer que os diversos quadros de psicose, tal como descritos por Winnicott, são decorrentes do insucesso na resolução de determinada tarefa que vigia em uma etapa singular no processo de desenvolvimento do sujeito. Portanto, a modalidade de distúrbio psicótico apresentada por um paciente estará intrinsecamente ligada à natureza do traumatismo impingido pelo ambiente e sua localização temporal no eixo de maturação emocional daquele indivíduo em particular.

No caso do tratamento da psicose, Winnicott valoriza algumas atitudes do analista que possibilitam a realização do trabalho analítico com esses pacientes. Dentre elas, está a premência na oferta de um ambiente especializado (*setting* terapêutico) que promova uma experiência de sustentação satisfatória que até então nunca foi vivenciada pelo analisando. Desenvolve-se, dessa forma, a criação de um campo terapêutico no qual a regressão à dependência torna-se um fator de enorme potência curativa. Ou seja, o terapeuta será a primeira pessoa a dispor na vida do paciente das condições ambientais indispensáveis ao amadurecimento humano.

Os elementos que definem a clínica da psicose são norteados pela dimensão do cuidado ao paciente, privilegiando sempre a possibilidade da fruição de uma experiência que possibilite a integração do indivíduo no espaço e no tempo, bem como a conquista de uma unidade psicossomática. A pré-condição para a emergência dessas vivências articula-se com uma modalidade de ambiência que sustente as manifestações do analisando, visto que o *setting* terapêutico delineia-se em características de adaptabilidade, constância, realidade e confiabilidade.

O psicanalista inglês defende que os detalhes técnicos da prática analítica são cruciais no atendimento da patologia psicótica, pois a transferência

estabelecida por este grupo de pacientes nos remeterá à dimensão da dependência – de forma análoga ao relacionamento mãe-lactente. Assim, a qualidade do ambiente adquire contornos fundamentais, sobrepondo-se em importância, muitas das vezes, às interpretações verbais do analista. A postulação winnicottiana é clara:

Para o neurótico, o divã, o calor e o conforto podem ser o símbolo do amor materno; para o psicótico, seria mais certo dizer que estas coisas são a expressão física do amor do analista. O divã é o colo ou o útero do analista, e o calor é o calor vivo do corpo do analista. E assim por adiante (Winnicott, 1947a, p.347).

É necessário que o paciente possa se reunir através de seu ego à experiência inicial da agonia primitiva, atualizando-a neste momento pela via de um controle onipotente. Contudo, pode-se perguntar: mas de que maneira o paciente psicótico experienciará esse colapso na análise, se uma de suas dificuldades está baseada em sua fragilidade egoica? Justamente é este um dos papéis do analista – fazer a função de apoio egoico da mesma maneira que a mãe na tenra infância serve como ego auxiliar ao seu bebê. Em particular, no caso da psicose, a provisão de alguma capacidade de experienciar onipotentemente o fracasso ambiental primitivo dentro de um *setting* de dependência inaugura uma alternativa ao sofrimento psicótico.

A manifestação da transferência abre um campo de emergência para a vivência do colapso em uma dimensão reasseguradora e confiável. Não por outra razão, Winnicott expõe o alto risco envolvido nessa experiência e provavelmente o longo tempo percorrido para se chegar neste ponto. Nessa perspectiva, assumem enorme relevância as falhas do analista, pois nesse contexto não se trata de ser um analista infalível. O fundamental é que os enganos e equívocos do analista aconteçam sem excessividade, de forma que o analisando possa assimilá-los e “[...] explicar cada falha técnica do analista como contratransferência” (Winnicott, 1963d, p.73) e (Winnicott, 1963e).

É na base deste elemento citado por Winnicott – ou seja, a contratransferência – que o autor inglês descreve um dos alicerces da análise com psicóticos. Segundo ele, o processo analítico com esse tipo de pacientes é penoso e demanda uma enorme disponibilidade interna do terapeuta. Assim, é inevitável a

irrupção dos sentimentos de ódio e temor, sendo estes intrínsecos à experiência terapêutica. Diante dessas condições, cabe ao analista tomar consciência de seus movimentos contratransferenciais, reconhecendo-os e isolando-os:

Se é verdade que lhe serão atribuídos sentimentos rudes, é bom que o analista previna-se e precate-se, pois é seu dever tolerar que o coloquem nesta posição. Antes de tudo, ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que se justifica na situação presente tem que ser isolado e guardado, ficando disponível para uma eventual interpretação (Winnicott, 1947a, p.343).

Nota-se que todo esse manejo requererá do terapeuta um investimento em sua análise pessoal, de forma que esta última leve o analista a se deparar com seus próprios elementos primitivos, bem como com a gama de ódio presente em seu inconsciente (oriundo de experiências passadas e conflitos internos) (Winnicott, 1947a).

Interessante notar um comentário feito por Winnicott acerca da interpretação do ódio do analista a ser dada ao paciente. Esse aspecto da análise se destaca posto que, segundo o autor inglês, é justamente a verbalização dessa manifestação contratransferencial que “demarcaria” uma espécie de passagem do paciente à maturidade – , pois, até que a interpretação ocorra, poderíamos dizer que o paciente é mantido na posição de um bebê que não compreende nada sobre os cuidados que lhe são ofertados (Winnicott, 1947a). Não creiamos, contudo, que Winnicott, ao afirmar este aspecto do processo analítico, esteja assumindo uma posição ingênua. Ele assinala claramente o perigo intrínseco a tal atitude e adverte para o momento oportuno e adequado dessa interpretação no trabalho junto ao paciente.

Percebe-se, pelo que expusemos nas considerações acima, a primazia do cuidado ambiental na recuperação do quadro psicótico. Esta concepção de um adequado suprimento do meio ao indivíduo enfermo percorre toda a obra do psicanalista inglês e ganha contornos precisos no tratamento deste tipo de patologia. Não por outro motivo, Winnicott descreve a capacidade curativa do fator experiencial, na qual incontáveis falhas ambientais são transformadas por múltiplos fenômenos do cotidiano: a amizade, a poesia, os cuidados dispensados durante uma doença física, conversas de bar, dentre outros eventos ambientais (Winnicott, 1954a) e (Winnicott, 1963f).

3.3 Os estados esquizóides como organização defensiva a eventos traumáticos

Mello Filho avança a hipótese de que a existência dos trabalhos de Fairbairn e Guntrip sobre a psicopatologia da condição esquizoide, suas relações objetais, sua psicodinâmica e características clínicas tenham retirado a necessidade de Winnicott estabelecer uma descrição mais pormenorizada da esquizoidia (Mello Filho, 2001). A nosso ver, as contribuições desses autores certamente influenciaram as teorizações e compreensões de Winnicott acerca deste grupo de pacientes; contudo, acreditamos que a maneira pela qual o psicanalista inglês menciona esse tipo de distúrbio não difere de forma substancial no tocante às suas elaborações de outras manifestações clínicas.

Assim, mesmo que o psicanalista inglês insira a esquizoidia no grupo das psicoses – dadas a constância e a riqueza com que diversos autores contemporâneos reportam-se a esta modalidade de constituição psíquica (a fim de descrever manifestações clínicas atuais) –, optamos por uma descrição à parte desse quadro clínico. Em consonância com as concepções e ideias que expusemos no início deste capítulo sobre as classificações clínicas, Winnicott defenderá a tese de que comumente encontraremos elementos esquizoide ocultos em pessoas tidas como normais. A socialização desses núcleos psicóticos está em íntima conexão com a forma como o meio cultural aceita, ou não, o padrão de distúrbio apresentado pelo indivíduo. Nessa medida, as modulações nos graus apresentados por determinados pacientes quanto às suas características esquizoide serão regidas pelo momento e pela qualidade dos aspectos ambientais vivenciados pela criança em sua tenra infância. (Winnicott, 1962a).

Winnicott considera então, que os estados esquizoide são formados por reorganizações defensivas que se sucedem a traumatismos de qualidades precoces à época na qual deveria vigorar um ambiente de *holding* (Winnicott, 1969c, p.202), especialmente nos momentos relacionados aos fracassos das tarefas no campo da primeira mamada teórica e na emergência das agonias impensáveis (Dias, 1998). Nesses termos, o pediatra inglês delinea o quadro esquizoide como distorções na organização egoica do indivíduo.

Para nos aproximarmos mais detalhadamente dos aspectos que originam a esquizoidia cabe a descrição de alguns fenômenos clínicos que caracterizam esse tipo de distúrbio. Uma dificuldade marcante é o sentimento de que o mundo subjetivo “é mais real do que a própria realidade objetiva” (Dias, 2003, p.214). Trata-se, pois, de obstáculos no relacionamento com a realidade consensual e compartilhada, visto que o constante fracasso no estabelecimento das relações objetivas mantém o paciente em uma intransigente ligação com seu mundo subjetivo.

A ausência de formação do espaço ilusório que seria proveniente de uma ambiência qualitativa e provedora, ou mesmo uma fracassada consistência dessa ilusão são conjunturas que fragilizam a fronteira do subjetivamente concebido e do objetivamente percebido, acarretando em um malogro no relacionamento com qualquer objeto externo. Certamente, esta percepção subjetiva do mundo apresentada pelo indivíduo esquizoide lhe traz inúmeras consequências desvantajosas. O autor inglês articula algumas delas, dentre as quais se destacam a formação de um sistema delirante em determinadas áreas da personalidade do indivíduo, bem como dificuldades no que tange à habitação da psique no soma (Winnicott, 1966b), (Winnicott, 1990) e (Winnicott, 1967a).

Com efeito, toda esta redução acentuada das fronteiras do eu origina no indivíduo um retraimento quando o mesmo necessita lidar com situações concretas da realidade externa. Segundo Dias (1998, p.337), “Essa é uma das características marcantes do esquizoide: a mera presença real do outro provoca uma nadificação no seu sentimento de ser e ele precisa voltar ao isolamento para recuperar algo desse sentimento”. O que subjaz a esse penoso trajeto de vida percorrido pelo esquizoide é o uso constante de defesas eminentemente primitivas, nas quais se destacam a dissociação do psiquismo (Winnicott, 1963g, p.67).

Ancorada no pensamento de Winnicott, Dias (1998) aponta que possivelmente a ambiência inicial no quadro esquizoide foi norteadada por uma dimensão caótica. É admissível pensar que a externalidade do mundo na esquizoidia expressiu-se de forma intempestiva, não dando margem, portanto, à sua materialização criativa pela criança. O infante não teve oportunidade de singularizar o entorno conforme sua ritmicidade e gestualidade criativa – fato este

que engendra complicações na organização têmporo-espacial e cujas ressonâncias permanecem ao longo de sua vida.

Corroborando a visão de que uma complicada organização do ambiente primitivo de vida do indivíduo faz parte da constituição de uma patologia esquizoide, citamos o texto escrito por Winnicott (1952), “Psicoses e cuidados maternos”. Nesse artigo, o autor concebe a esquizoidia como um retraimento da criança frente a um ambiente eminentemente tempestuoso. Quando efeitos desorganizadores presentificam-se nos estados iniciais da vida, a reação por parte do indivíduo se torna premente, o que origina a perda do sentido de *self* e leva-o a um isolamento patológico. Consequentemente, vive-se à espreita com um potencial paranoide ao qual se tenta anular com a permanência em um estado não integrado – “O bebê vive permanentemente em seu próprio mundo interno, que, no entanto, não está firmemente organizado” (Winnicott, 1952b, p.385).

Nesse sentido, as ameaças de vivências intrusivas assombram constantemente os pacientes com funcionamento esquizoide, visto que o receio de voltar a sofrer com as agonias impensáveis (cair para sempre, disjunção entre psique e soma, ser feito em pedaços, ausência de orientação...) são sempre iminentes. É justamente pelo fato de o indivíduo configurar uma organização de retraimento (isolamento), na tentativa de evitar o aniquilamento do *self*, que a realidade é concebida como uma afronta (Dias, 1998).

A partir desse processo, outra possibilidade do sujeito no intuito de fugir de uma possível errância ambiental e seus efeitos desorganizadores é a opção por desenvolver o caos oriundo de um mecanismo desintegrador. Esta razoável escolha adotada pelo indivíduo detém a vantagem de ser produzida por ele mesmo, permanecendo desse modo na esfera de sua onipotência. Perfila-se neste caso, a tentativa de preservação de uma espécie de recôndito criativo, uma vez que seu agenciamento espontâneo encontra-se fortemente obliterado.

Podemos depreender das considerações acima que a patologia esquizoide é permeada por dificuldades na capacidade de estabelecimento do *concern* pelo indivíduo, o que leva a Winnicott a fazer uma analogia entre este modo de organização subjetiva e o daltonismo: para os esquizóides a posição depressiva equivaleria a cor para os daltônicos. Nessa perspectiva, o mecanismo de recriação mágica pode ser utilizado para compensar os processos reparativos e restitutivos (Winnicott, 1954b).

A postulação do termo “depressão esquizoide” traz implícito um jogo cambiante de forças, qual seja o embate entre uma instável organização egoica acarretada pelo humor deprimido e uma ameaça contínua de desintegração (fatores esquizoide). Assim, a permanência no tempo sem modificações deste estado subjetivo pode engendrar uma incorporação desse padrão depressivo na personalidade do indivíduo (Winnicott, 1963g.).

Em seu esforço de sempre ilustrar suas afirmações com referências clínicas, Winnicott afirma que a credulidade é uma característica da esquizoide. Exemplifica dizendo que se um analista (mesmo sendo desqualificado) sustentar uma suposta cura ao paciente esquizoide, este aceitará realizar um “tratamento” analítico. Da mesma forma, a dependência aparece como uma marca imperativa nesses analisandos – fator que requer do analista um estado de dedicação pormenorizada a tais pacientes (Winnicott, 1963e) e (Winnicott, 1964b).

Dadas as dificuldades descritas acima, os indivíduos esquizoide procuram o tratamento analítico, sobretudo, pela ausência de um “contato autêntico” com a realidade externa. Nesse sentido, buscam esperançosamente alcançar um estado unitário que os integre espacialmente e temporalmente – já que experimentam vivências onde predominam elementos dissociados.

De fato, o elemento significativo no processo terapêutico do paciente esquizoide ocorre pelo provimento do *holding* na sessão analítica. A oferta via terapeuta de um marcado apoio egoico favorecerá no analisando a construção de um encontro no qual os impulsos do id (satisfeitos ou frustrados) transformam-se em experiências próprias ao indivíduo. Esta modalidade de relação transferencial comporta uma vivência inédita para esse quadro clínico, dados os primitivos e recorrentes fracassos ambientais experimentados na fase inicial da vida. Nas palavras de Winnicott: “A consistência da situação é uma experiência primária, não algo a ser recordado e revivido na técnica do analista” (Winnicott, 1963e, p. 216).

Como consequência, ganha destaque o surgimento de características como criatividade, elasticidade e maleabilidade no terreno analítico. Portanto, o caminho de atuação do terapeuta com a esquizoide fia-se sempre ao encontro da experiência de ser do paciente na medida em que é conhecida a tendência do esquizoide para a desintegração, o cair para sempre, o cessar de existir, ou seja, as diversas formas de ansiedades impensáveis. Ao discorrer sobre o eixo de atuação

do analista com a esquizoidia, o autor inglês aconselha-nos a aprender com a mãe e enfermeiras como adaptar-nos ativamente àqueles que se encontram sob cuidados diretos. Diz ele,

A provisão de um ambiente estável, porém pessoal, de calor, de proteção contra o inesperado e o imprevisível, e o fato de servir a comida de forma segura e exatamente na hora certa (ou mesmo de acordo com os caprichos do paciente), estas coisas podem ser de ajuda no tratamento de casos esquizóides (Winnicott, 1948b, p.307).

A direção posta por Winnicott para o tratamento de pessoas esquizoides coloca em segundo plano a execução de interpretações, mesmo que estas porventura estejam corretas. Em outras palavras, há uma ressalva em realizar interpretações que visem o *insight*, pois deve-se privilegiar a oferta de um *setting* analítico que seja norteado à adaptação egoica do paciente (Winnicott, 1963e).

Desse ponto de vista, fica explícito que o recurso à verbalização dos conflitos inconscientes é secundário neste tipo de tratamento, pois, como Winnicott nos revela, os problemas esquizoides começam antes da verbalização adquirir significado. No entanto, mesmo que não assuma um papel de destaque, o trabalho interpretativo adquire seu lugar no manejo desses pacientes. Em termos winnicottianos, quando trabalhamos com aspectos da personalidade que são esquizoides, urge a necessidade de que o paciente elabore suas próprias interpretações de maneira criativa; caso contrário, vivenciará um estado de submissão e precisará recusar ou mesmo destruir as interpretações provenientes do analista (Winnicott, 1963a) e (Winnicott, 1968a).

Como assinalamos acima, existe uma temeridade por parte da personalidade esquizoide quanto à ocorrência de algum fenômeno desintegrador. Dessa forma, são erigidas defesas (que impedem a emergência de impulsos criativos) sempre a fim de que se manifeste algo ligado à dimensão da desintegração. Cabe ao analista ajustar-se à necessidade do indivíduo de modo a estabelecer contato com o paciente, ou seja, é necessário que o terapeuta permita-se ser inventado. Por último, vale lembrar, como referência para todo o tratamento esquizoide, a observação de Winnicott sobre a terapia com esta modalidade de adolescentes. Diz ele:

[...] acho que muitos tratamentos de tipos esquizóides de adolescentes falham porque são planejados de uma forma que ignora a habilidade da criança de ‘planejar’ – de certa forma criar – um analista, um papel no qual o analista real pode tentar se ajustar (Winnicott, 1948b, p.304)

3.4

A tendência antissocial: da deprivação à delinquência

Para compreendermos a leitura forjada por Winnicott sobre a tendência antissocial é necessário que duas considerações sobre este tipo de comportamento sejam ressaltadas. Primeiramente, cabe empreender uma diferença com relação aos outros tipos clínicos até agora por nós descritos, pois na concepção do pediatra inglês a tendência antissocial *não é um diagnóstico*. O comportamento antissocial pode existir em todas as idades e mesmo em qualquer distúrbio clínico vigente, o que implica dizer que “A tendência anti-social pode ser encontrada em um indivíduo normal, ou em um que seja neurótico ou psicótico” (Winnicott, 1956b, p.502).

Como acréscimo a esta percepção restritiva do diagnóstico em relação ao ato antissocial, depreendemos algumas consequências importantes dessas ideias ao vislumbrar possíveis repercussões que atingem diretamente o contexto sociocultural. Seja desnaturalizando o fenômeno da violência, seja pelo viés da despatologização de inúmeras manifestações agressivas, a perspectiva winnicottiana nos aponta para a dimensão essencial encontrada na agressividade constituinte do indivíduo humano, bem como para a tarefa fundamental do meio no alicerce dessas experimentações de si-mesmo (Vasconcelos de Andrade & Bezerra Jr., 2009).

Anterior a qualquer discussão de cunho moralista, o que está em pauta na dinâmica antissocial é o sofrimento advindo de uma *deprivação*. Não se deve, no entanto, equiparar o fenômeno da deprivação com outro de terminologia parecida – a privação. Novamente o que importa no postulado winnicottiano para a ocorrência de determinado distúrbio é o seu momento de origem – trata-se de uma questão etiológica.

A privação é formulada por Winnicott como uma destituição ambiental muito precoce, na qual vivências essenciais foram suprimidas. Essas perdas primitivas aconteceram em uma época na qual havia uma indiscernibilidade entre o indivíduo e o ambiente e, portanto, o sujeito não poderia atribuir as

consequências do que lhe aconteceu a alguma externalidade. Na privação, aliás, temos semelhantemente a ocorrência de uma experiência inicial facilitadora que foi perdida. Com efeito, a diferença centra-se no tempo em que se constituiu a vivência do fracasso ambiental, pois à época de emergência da privação havia o estabelecimento de uma suficiente maturidade egoica para a compreensão da responsabilidade externa pelo traumatismo ocorrido.

Dito isso, Winnicott reúne elementos suficientes para esclarecer as diferenças etiológicas, por exemplo, entre uma psicose e uma tendência antissocial. Enquanto que a primeira encontra seu acometimento temporal remetida à época da dependência absoluta, a segunda insere-se no período de dependência relativa. Nesta última, a criança relaciona-se com a emergência do espaço potencial e conseqüentemente vivencia as primeiras experiências não eu. A capacidade para o *concern* começa seu estabelecimento e, ao deter o conhecimento de que a causa de sua frustração é externa, o indivíduo expressa o ímpeto de cobrar sua reparação pela via de uma nova provisão ambiental.

Dando seguimento a essa argumentação, é importante compreendermos os desdobramentos ocorridos na vida de um indivíduo que sofreu uma privação. Quando há uma perda precoce e abrupta de um ambiente suficientemente bom, a criança fica à margem de vivências por nós já analisadas – as ansiedades impensáveis. Conseqüentemente, vemos uma reorganização gradual da própria criança em direção a um estado neutro. Esta nova organização erigida pela criança possui somente a aparência de uma adaptação perfeita ao meio, pois a criança passa a concordar com tudo o que lhe é proposto – aspecto meramente enganador (Winnicott, 1967d).

Ocorre que, por outro lado, surge na criança um impulso de retornar ao momento anterior ao traumatismo sofrido, “e assim desfazer o medo da ansiedade impensável ou da confusão que existiam antes que se organizasse o estado neutro” (Winnicott, 1967d, p.83). Eis, então, o surgimento de um elemento fundamental que perpassará a tendência antissocial em suas diversas formas: a esperança. No intuito de alertar tanto o meio psicanalítico e a sociedade no que concerne às necessidades inconscientes expressadas por esses indivíduos, Winnicott ressalta esse apelo (esperança) como uma demanda feita ao ambiente para que ele compareça de forma efetiva, restaurando as falhas outrora sentidas como traumáticas.

A esperança porta em si a força de mudança, sendo o ato antissocial uma tentativa de recuperação da confiabilidade perdida com o meio, visto que até o momento do comportamento infrator a virtualidade conservada concerne às insuficiências e decepções ambientais. O período de esperança atualizado na conduta da criança, observa Winnicott, é norteado por uma condição clínica de difícil manejo devido aos múltiplos atos antissociais que ganharão destaque no campo de interação do indivíduo. Em função dos acontecimentos, cabe à ambiência acolher a atuação do sujeito, dando visibilidade, importância e, sobretudo, reconhecendo a experiência empreendida como um pedido de ajuda.

Vejamos as duas dimensões de deprivação descritas por Winnicott. O primeiro aspecto concerne ao relacionamento da criança com sua mãe. Trata-se, nesse caso, de uma falha materna na adaptação às necessidades da criança que incapacita o indivíduo para encontrar objetos de maneira criativa. Estamos considerando aqui o período por nós anteriormente descrito como “realização”. A representação do comportamento antissocial típico para esta modalidade de deprivação é o roubo. Nas palavras de Winnicott é no momento da esperança que a criança rouba o objeto, sendo este um ato compulsivo do qual ela não sabe o motivo (Winnicott, 1967d). Neste ponto, observa-se um movimento fundamental na experiência antissocial, que é a procura pela capacidade de encontrar, na qual o objeto roubado é fundamentalmente um sinal e um apelo por parte do indivíduo para que o ambiente atenda às necessidades fundamentais que lhe foram retiradas.

A segunda expressão da deprivação engloba a conexão da criança com a figura paterna. Para compreendermos esta segunda forma de desadaptação ambiental é relevante lembrar que, na medida em que o pai transmite confiança à sua esposa, temos a criação de uma ambiência segura. Esta, por sua vez, possibilita à criança a integração dos impulsos amorosos e destrutivos, bem como permite à criança o reconhecimento da realidade de suas ideias destrutivas. Segundo a descrição de Winnicott:

A confiança da mãe em seu marido, ou no apoio que vai conseguir, caso o solicite, da sociedade local, talvez o apoio de um policial, cria a possibilidade de a criança explorar rudemente atividades destrutivas que se relacionam ao movimento em geral, e mais especificamente à fantasia que se acumula em torno do ódio (Winnicott, 1967d, p85).

Assim, a segurança da criança quanto aos seus sentimentos agressivos apresenta como pré-condição uma indestrutibilidade ambiental em determinados elementos fundamentais. Dentre eles, destacamos a resiliência dos pais no que diz respeito às atitudes perturbadoras das crianças, como rabiscar paredes, quebrar vidraças, sujar cômodos, entre outras. Contudo, a ocorrência de uma perturbação ambiental (por exemplo, o rompimento do lar) poderá impactar a criança de tal maneira que seus impulsos agressivos passarão a ser experimentados de forma insegura (Winnicott, 1967d). Dessa maneira, o indivíduo tenta assumir o controle da nova configuração familiar e, conseqüentemente, acaba por perder sua impulsividade e espontaneidade.

Novamente, tal como no primeiro caso de deprivação, o sofrimento do indivíduo poderá passar despercebido àqueles que cuidam do jovem. A dificuldade da criança, no entanto, passa mais pela desidentificação dela com seu próprio *self* e por uma identificação com seus cuidadores. Nessa situação, o período de esperança é representado pela emergência da agressividade (que, por sua vez, é redescoberta pelo indivíduo em sua própria expressão). Portanto, esse processo se caracteriza por uma dinâmica de destrutividade – da mesma maneira que o roubo encontra-se no centro do primeiro tipo de deprivação.

A criança pode ocultar sua tendência antissocial em uma série de comportamentos (espécie de formação reativa), tais como: queixas e lamentos, arrogância, mentiras, enurese noturna, compulsão masturbatória, devaneios constantes, entre outras atitudes. O pediatra inglês chegará a usar o termo “distúrbio de caráter” para descrever a “distorção da personalidade que ocorre quando a criança necessita acomodar um certo grau de tendência anti-social” (Winnicott, 1963h, p. 276). A despeito dos inúmeros problemas oriundos do distúrbio de caráter, é necessário alertar para o aspecto positivo desse estado clínico. A presença de tal distúrbio inviabiliza a irrupção de um quadro psicótico, tendo em vista que auxilia o ego na ligação das energias que paralisaram o desenvolvimento maturacional, bem como auxilia na diminuição das anormalidades presentes na interação da criança com a família (Winnicott, 1963h).

Em que pesem os múltiplos fatores que levam à transição dos atos normais (com características antissociais) à delinquência, Winnicott nos proporciona algumas pistas deste caminho limítrofe percorrido pela criança. A tendência

antissocial estabiliza-se em delinquência quando há a produção de ganhos secundários que acabam se tornando aceitáveis para o *self*. Esses ganhos paulatinamente passam a preponderar, diminuindo assim o sofrimento sentido pelo indivíduo e interferindo diretamente no impulso do sujeito para buscar auxílio do meio.

Em função do exposto acima, a ênfase no tratamento da tendência antissocial está no provimento de um ambiente especializado. Estes cuidados que deverão ser ofertados por uma ambiência satisfatória poderão ser, ou não, conduzidos pela psicanálise – tudo dependerá da gravidade e do apelo aos cuidados que determinado comportamento antissocial requererá. Nesse sentido, Winnicott enfatiza a diferença de manejo da criança em um espaço coletivo e numa sessão terapêutica, sendo que nesta última modalidade de atendimento a relação bipessoal ganha um relevo maior do que em outras modalidades de intervenção (Winnicott, 1967d).

Na psicoterapia, por exemplo, a criança será capaz de atualizar as condições inaugurais do fracasso ambiental, seja pela via do material lúdico que aparece no brincar, seja nas verbalizações ou nos sonhos. O tratamento psicanalítico, como tal, oferecerá ao indivíduo a oportunidade de reexperimentar com o analista o sofrimento advindo da privação; fato este que, por sua vez, viabiliza as lembranças do paciente quanto aos momentos que antecederam o evento traumático. Ou seja, estamos falando de um movimento de regressão no *setting* analítico.

No âmbito do tratamento da tendência antissocial, deve-se exercer a aceitação e a recompensa, assim como possibilitar ao paciente ficar doente, ao invés de esconder seu sofrimento. Quando esse processo se mostra viável, os fracassos do terapeuta na análise tornam-se um instrumento de inestimável riqueza. A capacidade do analista em reconhecer suas falhas permite ao paciente experimentar raiva e, ao invés de um novo traumatismo, o indivíduo reativa seu desenvolvimento maturacional que se encontrava estagnado (Winnicott, 1961b) e (Winnicott, 1963h).

Após essa experiência terapêutica a criança atinge a habilidade, até então ausente, de encontrar objetos (no caso da primeira privação descrita acima); ou mesmo, resgata a confiabilidade perdida em suas referências externas (dimensão inexistente e oriunda do segundo tipo de privação). De acordo com Winnicott,

“A criança recupera uma relação criativa com a realidade externa, ou com o período em que a espontaneidade era segura, mesmo que envolvendo impulsos agressivos” (Winnicott, 1967d, p. 90).

Trabalhando com múltiplas facetas da tendência antissocial, Winnicott divide sua experiência analítica conosco e diferencia as modalidades de atuação neste campo clínico. O pediatra inglês possui uma perspectiva que vai desde uma cura “natural”, para os casos que ele entende como favoráveis — onde o próprio meio do indivíduo oferece um suprimento às reivindicações da criança —, até casos de maior gravidade (a delinquência). Nos casos de gravidade moderada em que reiteradas fases de comportamento antissocial manifesto presentificam-se na análise, o paciente vive estados depressivos ou dissociativos a fim de encobrir sua condição caótica.

Quando lidamos com o fenômeno da delinquência, vemo-nos novamente ante a necessidade e a pertinência de ofertar ambientes especializados. Estes são divididos em dois tipos, segundo Winnicott. Em um deles, temos a instalação de um ambiente de *holding* – ou seja, os cuidadores estão “praticando o ‘segurar’” (Winnicott, 1961b, p.101). Já o outro tipo de ambiente é baseado em um regime de custódia, cujo objetivo é o fornecimento de limites, que o ego não conseguiu internalizar. Neste caso, temos a oferta de estabelecimentos como os “reformatórios” e, se necessário, futuramente a “prisão”.

Quanto ao último recurso, Winnicott nos adverte para o perigo intrínseco desses lugares, quando os mesmos estimulam uma atmosfera de educação ditatorial. Feita essa ressalva, o pediatra inglês assinala que isto

[...] é o melhor que algumas crianças desapossadas conseguirão por intermédio da administração satisfatória, e muitas crianças desapossadas anti-sociais e turbulentas transformam-se de ineducáveis em educáveis no regime rigoroso do estabelecimento correccional (Winnicott, 1963h, p. 285).

De um modo geral, ao longo das contribuições expostas por Winnicott sobre a tendência antissocial, foi possível a apropriação de algumas experiências clínicas que nos auxiliam a pensar terapêuticamente este tipo de fenômeno. Dentre elas destacamos a importância dos movimentos contratransferenciais no manejo

desses casos, pois é quase inevitável o surgimento do ódio para os cuidadores que são expostos a condutas antissociais.

Em síntese, o terapeuta ou aquele que cuida dos indivíduos com comportamentos socialmente não aceitáveis deve estar pronto para encarar a condição de destinatário dos mais diversos fenômenos impulsivos. Dispor de um ambiente especializado, provendo as condições para que o sujeito se depare com seu próprio movimento de reativar uma possessão sobre um período perdido em sua vida é um aspecto imprescindível ao tratamento. Vejamos, por fim, as palavras de Winnicott: “Sem esse domínio firme, uma criança é incapaz de descobrir o impulso, e só o impulso encontrado e assimilado é passível de autocontrole e socialização” (Winnicott, 1964c, p.178).

3.5

O desenvolvimento em termos de verdadeiro e falso *self*

Antes de tudo, ao analisar as formulações de Winnicott sobre as categorias de verdadeiro e falso *self*, devemos ter em mente o componente relacional destas duas organizações presentes no indivíduo¹⁸. Dessa forma, pretendemos mostrar nas linhas abaixo a imprescindível articulação entre estes dois modos de ser, motivo pelo qual elencamos algumas breves passagens de Winnicott:

Os casos nos quais baseio o meu trabalho apresentam o que chamo de verdadeiro *self* oculto, protegido por um falso *self*. *Este falso self é, sem dúvida, um aspecto do self verdadeiro* (grifo nosso, Winnicott, 1955a, p.485)

O conceito de um falso *self* tem de ser contrabalançado por uma formulação do que poderia, com propriedade, ser denominado *self* verdadeiro (Winnicott, 1960a, p. 135).

Não há sentido na formulação da idéia do self verdadeiro, exceto com o propósito de tentar compreender o falso self, porque ele não faz mais do que reunir os pormenores da experiência de viver (Winnicott, 1960a, p. 135).

¹⁸ Citando Dessain (2011, p. 112): “Os adjetivos ‘verdadeiro’ ou ‘falso’ em referência ao Self não figuram na obra winnicottiana como predicados do sujeito, mas designam sempre o movimento de uma relação”. Aproveitamos para observar, tal qual fizemos nas descrições anteriores, que não pormenorizaremos a discussão sobre o conceito de *self*, dada a controvérsia que versa sobre ele. Recomendamos o estudo feito por Maria Ivone Accioly Lins na Revista Brasileira de Psicanálise (Lins, 2002).

Da mesma forma que em outros quadros clínicos, Winnicott explica que suas contribuições para a formulação de um falso e de um verdadeiro *self* derivam fundamentalmente de análises na quais a regressão mostra-se um elemento transferencial preponderante (Winnicott, 1954a, p.480). Explicitaremos mais adiante a relevância do processo regressivo, quando abordarmos a perspectiva terapêutica da falsificação e da autenticidade do modo de organização do *self*. Neste momento faremos uso de alguns conceitos de Henri Bergson no intuito de ampliar a compreensão do pensamento winnicottiano sobre o verdadeiro e o falso *self*. Todavia, não objetivamos dar conta de possíveis desdobramentos e repercussões das teorizações presentes na obra do filósofo francês, visto que nos restringiremos ao necessário para a explicitação do tema.

O foco deste interjogo entre Bergson e Winnicott centra-se nas formulações sobre o atual e o virtual¹⁹. Assim como as noções de verdadeiro e falso *self*, esses conceitos expressam processos imbricados entre si, um se movimentando em direção ao outro como duas tendências que se articulam entre si continuamente. Desta interpretação aproximativa entre os conceitos do filósofo francês e do psicanalista inglês, depreende-se a compreensão de um movimento que é próprio da vida e recebe sua maior expressão nos fenômenos humanos: a experiência criativa. Desse modo, a contribuição dessa relação conceitual para a abordagem winnicotiana consiste em compreender as relações entre o verdadeiro e o falso *self* como próprias ao homem em seu processo de amadurecimento a partir de seu contínuo relacionamento com o ambiente. Nessas relações, a vida se expressa como uma variação contínua de graus de proximidade entre o verdadeiro e o falso *self*, seguindo um movimento que compreende desde a criatividade originária até os estados patológicos mais acentuados.

A fim de ampliar esta aproximação, podemos afirmar que o virtual refere-se a uma potencialidade criadora que atravessa a vida em diversos níveis. Por sua

¹⁹ Apesar de não fazer referência a Bergson devemos a inspiração desta articulação ao artigo de Carlos Alberto Plastino, “O verdadeiro self: uma “essência” que é criação” (2008, não-publicado). A argumentação que utilizamos para definir os termos “atual” e “virtual” encontra-se desenvolvida em “Matéria e Memória” (2010) e se refere à distinção e articulação entre as noções de percepção e lembrança, a primeira atual e a segunda virtual. Entretanto, para termos um acesso mais objetivo a estas noções, recorremos ao segundo capítulo de “Memória e Vida” (2011), onde as passagens da obra de Bergson referentes aos temas da memória e da percepção foram selecionadas. As passagens referentes aos termos “atual” e “virtual” aparecem, sobretudo, nas sessões 24 (p. 48-9) e 28 (p. 57-9). Por fim, grande parte da leitura feita neste trabalho situa-se na apropriação realizada por Deleuze acerca dos conceitos de Henri Bergson (2008).

vez, o atual corresponde à dimensão presente e concreta da existência. Segundo Bergson (2011), estas duas dimensões da realidade e da vida não podem ser pensadas separadamente, mas em constante relação. A virtualidade, quando tomada isoladamente, não poderia criar qualquer coisa, pois necessita da dimensão atual para ganhar corpo. Seguindo essa mesma lógica, não se poderia compreender como o atual se cria e se transforma se considerarmos sua existência isolada, isto é, sem estar em relação com a potência criadora do virtual. Assim, o processo que resulta dessa relação é a atualização do virtual, que deve ser compreendido como uma verdadeira criação²⁰. No entanto, embora a atualização faça operar sempre novas criações, fomentando imprevistas experiências, o seu produto, uma vez constituído, expressará uma tendência de repetição que visa contribuir para conservação e adaptação do ser vivo. Tem-se aí, portanto, uma relação paradoxal em que o atual, ao mesmo tempo em que tem sua constituição ou mudança garantida pela relação com a dimensão virtual, resiste a ela, uma vez criado, como um obstáculo à mudança e a novas criações.

Do mesmo modo, numa interpretação winnicotiana dessa perspectiva filosófica, o verdadeiro *self* corresponderia a esta potência criadora do virtual que se relaciona continuamente com a dimensão adaptativa do falso *self* que serve de obstáculo à sua expressão. No entanto, devemos compreender essa função do falso *self* como comportando ora um papel de mecanismo defensivo do verdadeiro *self*, protegendo-nos dos processos invasivos, ora como um impedimento à sua emergência, radicalizando a resistência à criação. Assim como a dimensão atual do vivo, o falso *self* (dependendo do seu grau) se constitui como uma tendência repetitiva que visa a manter uma organização subjetiva homeostática. Imbricada a este modo de organização falso *self*, a potência criadora do verdadeiro *self* corresponde à dimensão virtual do vivo que opera uma contrarresistência a essa tendência à repetição, permitindo-lhe acessar sua criatividade.

²⁰ Enfim, o virtual consiste numa dimensão do real, embora não seja atual. Devemos compreendê-lo como a insistência daquilo que não é dado e que cria ao se atualizar, de maneira que ele não possui existência psicológica. De outro modo, o virtual não pode ser considerado como algo que se realiza, pois se assim o fosse, ele já existiria sob a forma de uma realidade mental possível. Por fim, o virtual é aquilo que se atualiza, e que se cria no instante mesmo de sua atualização, porém, que deixa de ser virtual por conta desta atualização mesma. Ele se expressa na medida mesma em que deixa de ser virtual e muda de natureza, dando origem a uma existência atual ou psicológica. Assim, enquanto sujeito da atualização, o virtual age, e sua ação se faz precisamente na medida em que ele deixa de ser em si, para criar alguma coisa da qual difere em natureza. A atualização do virtual ocorre, por sua vez, por uma diferenciação, e sua diferenciação é como uma “passagem”, uma transformação, uma criação (Deleuze, 2008).

Nesse sentido, tal imbricação da virtualidade do *self* espontâneo com a atualidade do falso *self* permite o lançamento deste último à dimensão da indeterminação, da mudança e da criação. Para tanto, este processo precisa ser engendrado por uma ambiência satisfatória que promova um solo para a germinação das forças vitais presentes no indivíduo e, como consequência, forneça um aporte para a experimentação do gesto espontâneo.

A tentativa, sempre trabalhosa e complexa, da adaptação do analista ao modo de subjetivação do analisando (tal como se verifica na díade mãe-bebê) é, pois, a oportunidade de atualizar uma potencialidade virtual do indivíduo. Tal processo, que consiste na formação de uma ambiência acolhedora (como dimensão “atual”) apresentada ao paciente pelo terapeuta, redefine as fronteiras até então vigentes entre estes dois modos de vida do *self* — o falso e o espontâneo — permitindo assim a instalação de um fluxo, onde outrora vigorava uma fronteira rígida. Retomaremos de forma mais detalhada toda esta questão do virtual e do atual no tocante ao tratamento, após explicitarmos melhor a etiologia do verdadeiro e do falso *self*.

De acordo com a perspectiva winnicottiana que vimos apresentando, a qual ressalta a interface entre ambas as modalidades do *self*, torna-se possível classificar cinco níveis de organização do falso *self*, que variará de uma extremidade mais patológica até o seu uso em uma situação de normalidade.

No tocante ao grau exacerbado, ou de maior característica patológica, deflagra-se uma sólida ocultação do verdadeiro *self* na qual a realidade do falso *self* torna-se imperativa e perpetuadora de uma penosa clivagem e submissão do indivíduo ao meio. Em um polo menos extremado de predominância do falso *self*, verificaremos a função defensiva deste no que tange ao *self* espontâneo. A contrapartida para esta intensa atuação da falsa personalidade ocorre na permissão de uma vida secreta e na visualização do verdadeiro *self* como fonte de potência (Winnicott, 1960a).

O que Winnicott compreende como uma dimensão quase equidistante entre a patologia e a normalidade, pendendo para uma dimensão salutar do indivíduo, diz respeito a busca de condições que viabilizem a emergência do verdadeiro *self*. Já a noção de um falso *self* muito próximo de uma normalidade ocorreria quando este fosse moldado primariamente por identificações com pessoas cuidadosas, tendo como função precípua a proteção do *self* espontâneo. A dificuldade neste

caso dar-se-ia no grau de flexibilidade e remanejamento do indivíduo em relação a essas identificações. Finalmente, a visão winnicottiana de saúde que inclui a organização de um falso *self* na dinâmica de vida do indivíduo alude a todos os aspectos referentes à polidez e teatralidade concernentes a uma sociabilidade construtiva²¹.

A descrição etiológica do verdadeiro e falso *self* contorna, como sempre na obra de Winnicott, a relação primária entre a mãe e o bebê. É interessante notar que, em uma palestra proferida no ano de 1964, Winnicott tenha usado a questão da “integridade” pessoal para se referir aos problemas que afetam o verdadeiro *self* (Winnicott, 1964d). Ou seja, tanto no que tange à questão etiológica quanto no manejo de casos cuja relevância se encontra no jogo entre verdadeiro e falso *selves*, teremos como pano de fundo um processo integratório em destaque.

Para exemplificar tal princípio, voltemos nossa atenção para um artigo citado por nós anteriormente: “Psicose e cuidados maternos”. Nesse texto de 1952, o psicanalista inglês descreve as complicações advindas de um fracasso ambiental que produz distorções na organização meio ambiente-indivíduo. Essas falhas adaptativas podem ocasionar um alto grau de cisão no sujeito e, dessa forma, seduzi-lo para uma vida falsa. Há, portanto, uma preponderância de reações que ocupam o lugar do agir espontâneo e todo esse processo pode produzir um falso *self* que, mesmo satisfatório à percepção de quem observa, na verdade tem como alicerce uma esquizofrenia latente. Nas palavras do autor: “O falso *self*, desenvolvido sobre uma base de submissão, não consegue atingir a independência da maturidade, exceto talvez uma pseudomaturidade em um meio ambiente psicótico” (Winnicott, 1952b, p. 382).

Analisando ainda pelo viés das tarefas maturacionais os problemas decorrentes desta dinâmica do *self* espontâneo com o aspecto falso da

²¹ No que tange ao exercício de uma inautenticidade indispensável para a vida em sociedade, Rodolfo destaca que a função da “falsidade” é fundamental aos vínculos humanos, mesmo em relações tidas como íntimas. Dessa forma, ao depurarmos nossa concepção sobre os pressupostos que embasam os laços pessoais, podemos “sair do velho clichê do ‘social’ como ‘superficial’” (Rodolfo, 2009, p.244; tradução nossa). Corroborando a visão acima, Ortega destaca “Uma forma de tratar os outros como estranhos, pois usar uma máscara, cultivar a aparência, *constitui a essência da civilidade*, como modo de fugir da identidade e de criar um vínculo social baseado na distância entre os homens que não deseja ser superada” (Ortega, 2000, p.113; grifo nosso) e que “Essa faculdade de uma sociabilidade sadia e criativa perde-se na sociedade ‘íntima’” (idem). Expusemos as visões desses dois autores no intuito de mostrar como características de impessoalidade, aparência e urbanidade são intrínsecas à manutenção da vida pública, e como essas práticas se coadunam com as teorizações de Winnicott acerca da necessidade de existência de um falso *self*.

personalidade, verificamos uma modalidade específica do falso *self* edificada à época do processo de personalização. Esta configuração particular adotada em contraponto a uma errância (instabilidade) do ambiente é vivida por uma hipertrofia do funcionamento mental – ou seja, verifica-se um processo dissociativo entre a mente e o psique-soma no qual o intelecto assume as funções de cuidado e controle psicossomático.

Enfim, essa jornada de falência dos cuidados maternos oferecerá o solo para a produção de um falso *self* erigido como defesa para as agonias impensáveis e as fraturas advindas de uma ambiência errante. A constituição desse falso si-mesmo também possui a função de esculpir uma proteção para o verdadeiro *self* (tendo em vista que estabelece uma fronteira) contra eventuais ressonâncias dos acontecimentos traumáticos relatados acima.

Descreveremos agora, por outro lado, o desenvolvimento saudável gestado em uma base de continuidade de ser e cujo senso de *self* conjuga-se no indivíduo com o fato de este sentir-se real. Quando os cuidados ofertados ao lactente pelo meio circundante ocorrem de forma suficientemente boa, significam que eles lograram êxito em atender à alucinação sensorial e ao gesto espontâneo do bebê. Um caminho singular percorrido nesse processo faz parte do olhar do bebê que vê a si mesmo refletido na face materna. A possibilidade de ser visto e ver a si mesmo adensam os pilares da apercepção e da criatividade. Experimentar o olhar da mãe que habita a si mesma (isto é, que presentifica-se nas provisões ao seu filho, não estando desatenta ou ausente) enriquece e dá lugar ao reconhecimento paulatino de seus sentimentos. Como nos relata Philips (2006), a atitude responsiva da mãe constrói no indivíduo o sentido de si mesmo, bem como permite a emergência do verdadeiro *self*

O destino harmonioso ou conflituoso do *self* espontâneo dependerá, dentre outras condições, de uma transição da percepção subjetiva para uma objetivamente percebida ditada pelo próprio ritmo da criança. Se, por um lado, é a devoção materna através do olhar reconhecedor que disponibiliza o sentimento de realidade do *self*, por outro, é o respeito pela onipotência idiossincrática do indivíduo que capacita a experiência de conferir o estatuto de realidade aos objetos à medida que o lactente encontra “realmente aquilo que ele cria, e a criar e vincular isso com o que é real” (Winnicott, 1970b, p.34).

É curioso notar que Winnicott não discorre de maneira mais consubstancial sobre o que seria o verdadeiro *self*. Em nossa opinião esta ausência de definição revela, sobretudo, o caráter não essencialista deste modo de ser – o que, por sua vez, aponta para o movimento singular presente em cada sujeito. O autor inglês nos oferece, entretanto, uma indicação preciosa sobre a expressão e a etiologia do *self* espontâneo: ele aparece logo quando existe uma organização mental do indivíduo “e isso quer dizer pouco mais do que o somatório do viver sensório-motor” (Winnicott, 1960a, p.136).

Posteriormente e de forma gradativa, o verdadeiro *self* alcança complexidade. Com isso, inicia um relacionamento com a externalidade por meio de processos naturais que advém das aptidões desenvolvidas pelo infante ao longo do tempo. O vivente passa então a ser capaz de reagir aos estímulos sem traumatismo, visto que as incitações encontram compensações na realidade psíquica do indivíduo. Segundo Winnicott:

O lactente então encara todos os estímulos como projeções, mas este é um estágio que não é necessariamente atingido, ou que é apenas parcialmente atingido, ou que é atingido e perdido. Tendo este estágio sido atingido, o lactente se torna capaz então de manter o sentimento de onipotência, mesmo quando reagindo a fatores ambientais que o observador pode discernir como verdadeiramente externos ao lactente (Winnicott, 1960a, p.136).

Nessa perspectiva, após cada ocasião na qual o verdadeiro *self* não é obstruído, revigora-se o sentimento de realidade (de ser real) do indivíduo, aumentando assim sua condição de suportar rupturas na continuidade da existência do *self* espontâneo – bem como se intensifica a capacidade de tolerar as experiências reativas e submissas oriundas do relacionamento do falso *self* com o meio ambiente.

É oportuno observar que o verdadeiro *self* desenvolvido ao longo de um autêntico amadurecimento pessoal conduz a experiências vitais para qualquer ser humano. Dentre elas, a experiência de uma vida criativa, indissociada do sentimento de que ela (a vida) “vale a pena”. A pré-condição do fazer criativo, o fato de contar com um sentimento de existência e operar a partir desta posição básica, por sua vez, exige uma predominância do “fazer-pelo-impulso sobre o fazer-reativo” (Winnicott, 1970b, p.23).

Winnicott é claro ao afirmar que cada indivíduo é atravessado pelas duas modalidades de *self*. Quando as condições externas são favoráveis e permitem a expressão da criatividade, podemos dizer que o verdadeiro *self* predomina como modo de organização do sujeito. Todo o problema, portanto, refere-se à demarcação de fronteiras rígidas entre o verdadeiro e o falso *self*. A partir deste interjogo do *self* espontâneo com a falsa personalidade, uma indicação clínica mencionada por Winnicott centra-se no fato de que, quando existe um sentimento de irrealidade, provavelmente estaremos vendo em ação o falso *self*. Nesse sentido, um dos possíveis movimentos do indivíduo é a provocação deliberada ao meio, no intuito de sentir-se real (Winnicott, 1964d).

Tendo em vista as especificidades das explicações acima, adentraremos agora as consequências e as implicações do manejo clínico com os polos do verdadeiro e do falso *self* do paciente. Entretanto, da mesma forma que expusemos a questão terapêutica dos outros tipos clínicos, procuraremos (sem delongas) abordar alguns pontos basilares do tratamento e deixaremos para o próximo capítulo as sutilezas e os refinamentos das considerações de Winnicott quanto à postura do analista.

Inicialmente é inacessível ao terapeuta algum grau de comunicação com o verdadeiro *self* junto a um paciente que apresenta uma modalidade exacerbada de relação com seu falso *self*. Esta é, pois, a configuração atual que se apresenta no início da análise. Decorre, então, todo um trabalho do analista para a instauração de um clima de confiabilidade e posterior regressão – o que permitirá o acesso à potencialidade virtual do *self* espontâneo a partir de uma queda das defesas ou obstáculos erguidos pelo falso *self*.

Este ponto de constituição do processo regressivo é primordial e, portanto, decisivo na transição do paciente para um contato com sua criatividade originária. Sabemos que a regressão leva inevitavelmente a um movimento de enorme dependência e é justamente neste momento que surge um grande risco para o trabalho terapêutico. A partir de então duas consequências são possíveis. Pode acontecer que o indivíduo transfira a função do falso *self* ao analista, de modo que o terapeuta personifique sua organização patológica. Ou ainda, é possível que o analista falhe na compreensão dos novos acontecimentos vivenciados no *setting* clínico – desperdiçando, assim, uma grande oportunidade – o que pode levar ao

paciente a uma dependência de terceiros, sendo tal fato, na realidade, uma “regressão disfarçada à dependência” (Winnicott, 1960a).

Partindo desse prisma, Winnicott contraindica este tipo de atendimento aos analistas que não possam prover os cuidados indispensáveis às necessidades do paciente com um quadro de falso *self*. A face prejudicial deste tipo de trabalho clínico reflete-se em análises que perduram indefinidamente.

[...] pode-se dizer que o falso *self* (como as projeções múltiplas em estágios posteriores do desenvolvimento) ilude o analista se este falha em verificar que, encarando como uma pessoa atuante integral, o falso *self*, não importa quão se posicione, carece de algo, e este algo é o elemento central essencial da originalidade criativa (Winnicott, 1960a, p.139).

O acesso a uma vida criativa pelo paciente só emerge como campo de viabilidade se, como dissemos acima, o analista assume a relevante função de cuidar do falso *self* de seu analisando. Cuidar, aqui, significa incumbir-se em gerar um ambiente de *holding* para o paciente, acompanhando e acolhendo seus elementos já atualizados que se configuram como seu modo de organização do falso *self*, permitindo que o indivíduo passe de um estado retraído para um estado regredido. Sendo assim, o vivente tem a condição de ter uma experiência de indeterminação (provocada pelo atravessamento do virtual na atualidade do falso *self*), o que lhe possibilita abrir mão de suas defesas que até então vigoravam, ou até mesmo desfazer o alto grau de clivagem presente em seu falso *self*.

Nesse sentido, um postulado fundamental de Winnicott obtido em sua longa trajetória de acolhimento clínico concerne ao fato de que com pacientes falso-*self* a evolução do tratamento ocorre, sobretudo, quando o analista reconhece “a não-existência do paciente” (em detrimento de um trabalho que vise aos mecanismos de defesa egoico). Mas, afinal, o que significa o reconhecimento desta não existência do paciente? Essa constatação exprime a condição de ausência de algum aspecto vital do indivíduo, o que é indicado pelo psicanalista inglês nos seguintes termos: “‘Você não tem boca’, ‘Você ainda não começou a existir’, ‘Fisicamente você é um homem, mas você não sabe por experiência nada sobre masculinidade’, e assim por diante” (Winnicott, 1960a, p. 138 e 139). Posto isto, se todas essas observações acontecem respeitando o tempo singular de cada

paciente, elas engendram forças e vetores para a emergência do verdadeiro *self*²² à medida que desvelam a submissão produzida pelo falso *self*.

Este tipo de abordagem terapêutica caminha em direção oposta ao funcionamento enfadonho próprio ao falso *self*, pois vai ao encontro da esperançosa necessidade do paciente de entrar em contato com o seu potencial criativo e, conseqüentemente, ao seu apelo em prover um lugar ao gesto espontâneo. Tendo como alicerce as formulações acima, lembremo-nos das palavras de Winnicott:

Tudo o que fazemos numa psicanálise bem-sucedida é desatar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente. Na verdade podemos, de uma forma muito curiosa, alterar o passado do paciente, de tal forma que um paciente, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, pode transformar-se em uma pessoa que tenha tido um ambiente de facilitação suficientemente bom, e cujo desenvolvimento pessoal possa, portanto, ter ocorrido, ainda que tardiamente (Winnicott, 1968a, p. 91).

²² No artigo “Retraimento e Regressão” Winnicott (1954c) relata a análise feita por ele com um homem de 30 anos, que o autor classifica como esquizóide-depressivo. Este caso, também relatado em seu livro “Holding e Interpretação” (Winnicott, ano), é exemplar do desenvolvimento da transferência rumo a um contato com o verdadeiro *self*. Abordaremos esse exemplo clínico mais detalhadamente no próximo capítulo, a fim de explicar o conceito que denominaremos de “Interpretação- *Holding*”.