

Transferência da necessidade (de regredir à dependência)

Regression to dependence: the transference of need

Laura Mack

Doutoranda pelo departamento de Pós-graduação em Filosofia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), sob orientação do prof. dr. Zeljko Loparic. Psicanalista, membra do corpo docente do Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana (IBPW). Atualmente trabalha como *School Counselor* na Escola Britânica de São Paulo (St. Paul's School).

E-mail: mackrates@gmail.com

Resumo: O principal objetivo deste artigo é evidenciar a inovação que o conceito de regressão à dependência, formulado por Winnicott, traz para a psicanálise em termos de consequências clínicas. Partindo da comparação com a psicanálise tradicional, evidenciamos a ênfase na terapêutica deste novo modo de trabalhar a “transferência da necessidade”. Ademais, através da atenção à necessidade maturacional do paciente, será possível acompanhar como a utilização da regressão à dependência possibilitou terapias bem-sucedidas em pacientes psicóticos, esquizoides e de tipo falso si-mesmo (*borderline*), tidos como incuráveis pelo método psicanalítico tradicional, cujos pressupostos o impedem de apreender as demandas anteriores à constituição de um EU unitário. Ao atentar para a fase pré-edípica do indivíduo, veremos como Winnicott promove uma verdadeira transformação na prática clínica.

Palavras-chave: Regressão à dependência; transferência; necessidade; processo de amadurecimento.

Abstract: The main objective of this paper is to illustrate the innovation embodied by Winnicott's concept of regression to dependence with regard to psychoanalysis as mirrored by clinical consequences. Comparing with traditional psychoanalysis, the emphasis is on the therapeutic process of this new way of working the transference of need. Through attention to the patient's maturational need, we will see that the use of regression to dependence enabled some successful therapies for psychotic patients, both of schizoid and borderline types, traditionally considered incurable by psychoanalysis, as the latter did not meet requirements prior to the formation of a unitary ME. Thus, Winnicott, when referring to the pre-Oedipal phase of the individual, suggests a true transformation in clinical practice.

Keywords: regression to dependence; transference; need, maturational process.

Tomando como base, inicialmente, a conferência XXVII, “Transferência” (Freud, 1916-1917), podemos definir transferência como a atualização e a repetição de relações conflituosas passadas na relação paciente/analista. (No mesmo texto é Freud (1916-1917, p. 515) quem diz: “[...] suspeitamos que toda a presteza com que esses sentimentos se manifestam deriva de algum outro lugar, que eles já estavam preparados no paciente e, com a oportunidade ensejada pelo tratamento analítico, são transferidos para a pessoa do médico [...]”.)

Em seu artigo de 1955, intitulado “Variações clínicas da transferência”, Winnicott aponta para o fato de que a teoria freudiana sobre os estágios primitivos do amadurecimento emocional foi formulada em um momento em que a teoria psicanalítica era aplicada exclusivamente no tratamento de casos neuróticos. Ou seja, eram pacientes cujas necessidades básicas haviam sido atendidas: “Esta adaptação suficientemente boa à necessidade no início da vida havia possibilitado que o ego individual viesse a ser, com o resultado que os estágios primitivos do estabelecimento do ego poderiam ser tomados como garantidos pelo terapeuta” (Winnicott, 1955, p. 295)¹. Encontramos aqui uma diferença fundamental entre Winnicott e o fundador da psicanálise. Em Freud, encontramos a ideia da atualização dos conteúdos inconscientes na relação transferencial, em Winnicott a transferência passa a ser também o meio pelo qual o paciente é capaz de “falar” de suas *necessidades* maturacionais. Estas necessidades geralmente se referem às falhas do processo de integração e pedem do analista a previsibilidade e confiabilidade necessárias para garantir a regressão à dependência na relação transferencial.

1. Diferença fundamental entre Freud e Winnicott

Aqui, gostaria de fazer parênteses, para evidenciar rapidamente um ponto importante de divergência entre Freud e Winnicott. Poderíamos dizer que este ponto tem duas consequências: uma de cunho teórico, e outra de cunho metodológico. Simplificadamente a divergência teórica, que pretendo explicitar aqui, é própria ideia de regressão, que em Freud era vista como uma resistência ao trabalho analítico, enquanto em Winnicott não. O segundo ponto pode ser expressado na divergência de como estes

¹ Agora, olhando para trás, podemos dizer que aqueles casos escolhidos como sendo adequados à análise equivalem a pacientes cuja história pessoal revela cuidados iniciais suficientemente bons. Essa *adaptação suficientemente boa às necessidades* no início havia possibilitado que o ego do indivíduo viesse a ser, com o resultado que estágios anteriores do estabelecimento do ego poderiam ser “*taken for granted*” pelo analista.

psicanalistas enxergavam o trabalho clínico. No que concerne este ponto específico, podemos destacar, como fez Winnicott, um aspecto importante da biografia de Freud ao evidenciar que a história inicial do criador da psicanálise mostra que ele próprio chegou ao período de pré-latência (ou edípico) como uma pessoa inteira, capaz de encontrar pessoas inteiras e capaz de relacionamentos interpessoais: “As experiências de sua infância haviam sido suficientemente boas, de modo que, em sua autoanálise, pôde assumir como dada a maternagem do bebê” (Winnicott, 1997, p. 284, tradução nossa).

Podemos dizer, de maneira simplificada, que a teoria psicanalítica tradicional tem como objetivo fundamental a resolução do Complexo de Édipo. Nesse sentido, poderíamos considerá-la uma “psicologia de três pessoas”²: a criança (paciente), o pai e a mãe. O paciente viveria, portanto, em resumo, através da “neurose de transferência”, seus conflitos inconscientes infantis, atualizados agora na figura do analista. O analista deveria, segundo Freud (1912, p. 118), “ser opaco ao seu paciente, tal qual um espelho, deveria não mostrar nada a mais do que lhe foi mostrado”. Da mesma maneira, o analista mantém uma postura de neutralidade, e se mantém livre de julgamento. Os comentários do analista são mínimos, a fim de não interferir na tarefa proposta ao paciente: “associar livremente” e verbalizar os pensamentos que venham à sua mente, sem priorizar um ou outro. Nessa tarefa de tornar consciente o inconsciente, qualquer silêncio é visto como uma resistência, e caberá ao analista interpretar as motivações inconscientes para tal e interpretá-las: tornando assim, consciente o inconsciente. Fizemos assim um resumo da psicanálise como “*talking cure*”.

Ao assumir como garantidos e dados (“*taken for granted*”) os cuidados iniciais da mãe suficientemente boa, Freud se ocupou de ansiedades pertencentes aos relacionamentos interpessoais entre pessoas inteiras, já estabelecidas e distantes das ansiedades psicóticas³. Mesmo quando trabalha as questões pré-genitais da infância, a teoria deixa a desejar, pois não pôde levar em consideração as necessidades de pacientes que precisam regredir no contexto analítico. Winnicott (1975, p. 284), escreve ainda que, “*para nossa sorte*”⁴, Freud não se interessou pela necessidade de regressão por parte do

² Van Sweden (1994, p. 11). Durante esse trecho, me inspirei livremente no autor.

³ Evidentemente nada pode ser dado como garantido no processo de amadurecimento, uma vez que conquistas podem ser perdidas.

⁴ Parece que Winnicott tinha clareza de sua contribuição decisiva à psicanálise com o conceito de regressão à dependência quando grifa em sua nota “*fortunately for us*”, como se fosse algo que tivesse sido deixado não revelado para pesquisadores futuros.

paciente, e sim para o que acontece na situação de análise quando a regressão não é necessária, sendo possível tomar como garantidos os cuidados iniciais.

Dando continuidade aos aspectos biográficos de Freud, que fariam com que ele não enxergasse as necessidades iniciais de certos pacientes, destacamos outros pontos. Entre eles, o fato de que Freud não gostava de olhar, ou melhor, de ser olhado por pacientes durante oito ou mais horas por dia. O divã foi usado também como um bom meio de evitar esse contato: “Esta técnica é a única que respeita minha individualidade. Não posso negar que outro médico, constituído diferentemente, poderá querer adotar outra atitude” (Freud *apud* Haynal, 1989, p. 1, tradução nossa). Outro aspecto a ser destacado é que, apesar do interesse apaixonado de Freud pelo desenvolvimento teórico da psicanálise, ele não dividia o mesmo entusiasmo pela clínica ou pela relação absolutamente particular que se estabelece entre analista e paciente nesse contexto. Existem diversos trechos que constataam esse ponto especificamente: “Nunca fui um entusiasta da terapêutica” (Kardiner *apud* Haynal, 1989, p. 4, tradução nossa); em outra ocasião, teria dito a Kardiner (*apud* Haynal, 1989, p. 4, tradução nossa): “Eu não tenho grande interesse em problemas terapêuticos. Sou muito impaciente, e tenho diversas questões que me desqualificam como um grande analista”. Em uma carta a Freud, Ferenczi nos oferece ainda mais um argumento deste tipo: “Eu não compartilho sua opinião de que o tratamento é negligenciável ou desimportante, e que poderia ser dispensado porque é um assunto de menor interesse para nós” (Kardiner *apud* Haynal, 1989, p. 4, tradução nossa). E, por último: “Pacientes não são nada mais que barulho. A única utilidade deles é a de nos ajudar a ganhar a vida e nos oferecer material de aprendizado. De todo modo, não podemos ajudá-los” (Haynal, 1898, p. 32, tradução nossa).

Não são raros, nem pouco documentados, no campo da psicanálise, exemplos de processos analíticos que fracassaram com indivíduos cuja história precoce [pré-relações triangulares (ou relação com três pessoas inteiras)], revelava falhas ambientais durante o período de dependência absoluta; impedindo a conquista de um *status* unitário. Ou seja, pacientes cujos estágios anteriores ao estabelecimento do ego, revelava falhas importantes e, portanto, não poderiam ter sido tidos como garantidos pelos analistas (“*taken for granted*”). O próprio Freud teria falhado na análise de Sandor Ferenczi justamente por ter sido incapaz de lidar com questões ligadas aos cuidados maternos iniciais. Temos outros exemplos nos relatos das análises fracassadas de Alice Miller e a

narrativa de análise de Margaret Little com Ella Sharpe (Van Sweden, 1994, pp. xix-xx)⁵. São exemplos que endossam o argumento de que o método tradicional de psicanálise não é eficiente para a resolução de questões anteriores à constituição de um EU num *status* unitário.

Indivíduos que não respondiam bem ao método psicanalítico tradicional eram considerados não analisáveis. Como já mencionado, Freud interpretava a regressão como uma resistência, por se tratar de uma regressão a um ponto libidinal anterior, um ponto de fixação da libido. Assim, era algo que deveria ser evitado, pois atrapalhava o andamento do trabalho de análise. Margaret Little (1990), em seu relato de análise com Ella Sharpe, nos dá um exemplo de como a regressão é vista na clínica, sob a perspectiva freudiana. Nesse relato precioso, Little conta como chega ao consultório de Sharpe e se deita rigidamente em seu sofá, incapaz de se mexer ou falar qualquer coisa. Passado um tempo naquele silêncio que a angustiava, Little começa a gritar: “Isso não pode ser real!”. Relata que sentia como se estivesse num pesadelo e, ao final da sessão, Sharpe diz: “Levante, sente-se ali e vamos conversar”. Sharpe seguiu a conversa com interpretações sobre o comportamento de Little, interpretações condizentes com a teoria freudiana clássica: Little estaria sofrendo de “ansiedade de castração” (Little, 1990, p. 32).

A questão central dessa discussão, para nossos fins, consiste em dois pontos extremamente importantes aqui destacados: (1) o erro de diagnóstico por parte de Sharpe, pressupondo que Little fosse uma pessoa inteira, neurótica; (2) a teoria psicanalítica até então (década de 1940) ainda não tinha à disposição um corpo teórico consistente que ajudasse Sharpe a encarar às *necessidades* de regressão de Little.

Provavelmente, a interpretação por parte da analista carregava sentido também, o erro se fez ao priorizar essa interpretação, baseada no pressuposto diagnóstico dela como uma pessoa neurótica, em vez de perceber a potencial transferência psicótica e a necessidade de regredir que essa transferência geralmente carrega. Nesse sentido, o núcleo traumatizado de Little permaneceu incomunicável, sem lugar no mundo. Ou seja, não pôde regredir à dependência, atendendo assim, suas necessidades maturacionais na relação transferencial com o analista.

⁵ Sobre o “fracasso” de Freud ao analisar Ferenczi devido à sua incapacidade de atender a necessidade de regredir à dependência de seus pacientes, Van Sweden se baseia no estudo de B. Grunberger, “From the ‘active technique’ to the ‘confusion of tongues’ on Ferenczi’s deviation”, em *Psychoanalysis in France*, New York: International Universities Press, 1980, pp. 127-152.

Little era uma médica e analista, que já havia feito outra terapia anterior a essa e sabia que suas questões não eram de cunho sexual, edípicas. Little sabia que era psicótica, e tinha bastante intimidade com seus medos de ser destruída, esquecida, apagada, abandonada e de ficar louca. Aquilo que Sharpe falava para ela através de suas interpretações não fazia sentido. Podemos imaginar os efeitos de solidão e desesperança por parte de Little que essas interpretações equivocadas provocavam.

Isso é o que queremos destacar acerca da predisposição de Freud para desenvolver sua teoria. É sabido que Ferenczi e Winnicott ambicionaram uma terapêutica realmente efetiva, movidos pela vontade de curar seus pacientes. Um ímpeto que parece não ser recíproco em Freud. Poderíamos argumentar que, em Freud, o que sobressai é o espírito investigativo científico, o que nos deixou um legado enorme, sem dúvida, mas talvez esse ímpeto tenha ofuscado o desejo do clínico que almeja curar seus pacientes. Esse legado nos parece ter sido deixado por Winnicott.

Termino aqui esta breve introdução sobre as divergências teóricas e as consequências metodológicas que elas carregam distanciando assim a clínica de Winnicott da clínica de Freud.

Faremos uma pontuação aqui para evidenciar ao leitor que, apesar de Ferenczi e Balint terem feito contribuições importantes para a literatura psicanalítica sobre a regressão, foi só com Winnicott que essa questão foi levada às últimas consequências e passível de ser usada por nós, analistas, de forma mais efetiva. Em Winnicott, encontramos um corpo teórico coerente e consistente sobre a regressão à dependência, fato que não ocorre em Ferenczi nem em Balint.

2. Transferência da necessidade de regredir à dependência

Antes de me deter especificamente na questão da regressão à dependência, gostaria de salientar alguns pressupostos teóricos fundamentais. O primeiro ponto consiste na centralidade do processo do amadurecimento na teoria winnicottiana. Esta compreensão, herdada de Winnicott, de um indivíduo tendo como eixo principal seu processo de amadurecimento, nos abre um novo modo de trabalhar no consultório, pois

traz o acontecer humano no tempo. Dessa forma, a temática do tempo deixa de ter apenas um sentido filosófico e passa a ganhar materialidade clínica⁶.

Regressão à dependência, tema principal deste artigo, revela inevitavelmente um aspecto temporal. Regredir revela um movimento de retornar ao passado ao invés de seguir em direção ao futuro. Veremos com o aprofundamento dessa questão como a regressão em Winnicott não é malvista, e nem deve ser evitada. Ao contrário, é o *caminho real* para a cura.

O conceito de regressão à dependência surge em Winnicott para atender a uma demanda clínica. Sua gênese decorre da observação de um analista atento às necessidades específicas de seus pacientes e de sua capacidade de elaborar teoricamente sobre isso. Essa capacidade de Winnicott é um legado enorme para todos nós analistas, pois nos aproxima das necessidades reais de nossos pacientes e abre um campo de trabalho vasto, inclusive para aqueles pacientes considerados pela “psicanálise tradicional”⁷ como não analisáveis.

A primeira vez que Winnicott usa o termo “regressão à dependência” foi no texto de 1949, intitulado “Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety” (“Memórias de nascimento, trauma de nascimento e ansiedade”), lido para a Sociedade Britânica de Psicanálise.

[Nesse texto, Winnicott tinha o intuito de descrever casos clínicos que pudessem ilustrar fantasias e possíveis memórias da experiência de nascimento. No início, ele apresenta o que parece ser uma posição contraditória em relação à Freud⁸: “acho que poderia encontrar tudo que escrevi em algum lugar nos seus escritos” (Winnicott, 1949/1975, p. 174, tradução nossa) e logo depois mostra ao leitor que é necessário ter em mente sempre ao ler Freud, o que ele, um cientista da psicanálise, faria se pudesse considerar os avanços na área e a nova compreensão dos bebês.]

O primeiro ponto que parece ser relevante para este artigo é a seguinte afirmação: “O analista deve estar preparado para receber qualquer tipo de material que aparecer,

⁶ “[...] enquanto na neurose de transferência o passado entra no consultório, neste trabalho (lidando com a transferência psicótica) é mais verdade dizer que o presente volta ao passado e é o passado” (Winnicott, 1975, p. 297, tradução nossa).

⁷ Consideramos “psicanálise tradicional” a psicanálise que tem como foco as fases pré-edípicas de constituição do ego no processo de análise.

⁸ Neste texto, o leitor habituado a Winnicott se surpreende pelo fato de o autor apresentar um levantamento bibliográfico acerca do tema sobre o qual pretende esboçar. De fato, esse não é um procedimento comum, e algo que até ele diz se arrepender, apesar de não ter podido escrever de outra forma, pois não teria sido espontâneo (em “Postscript: D.W.W. on D.W.W.”, em *Psycho-Analytic Explorations*, isso fica evidente), de toda forma essa pequena introdução em que cita Freud, Greenacre e Read’s foi feita em 1954.

incluindo material sobre o nascimento” (Winnicott, 1975, p. 177, tradução nossa). Sabemos que o material de análise é vasto, e, ao adicionar o trauma do nascimento, Winnicott não pretendeu dizer que é possível fazer uma análise apenas com esse material. Entendemos que Winnicott nos convida aqui a ampliar nosso olhar como analistas para o tipo de material que poderá aparecer em sessão, nos levando ainda mais longe no passado. O autor segue explicitando que devemos esperar todo tipo de fatores ambientais: por exemplo, o reconhecimento das experiências, inclusive intrauterinas, até a capacidade que o contexto social de determinada mulher tem de permitir que ela estabeleça uma devoção maternal ao seu bebê.

Dessa forma, o trauma do nascimento está inserido no processo de amadurecimento do indivíduo e poderá ter seus efeitos minimizados ou maximizados pelos cuidados ambientais subsequentes.

Em seguida, Winnicott ilustra com um caso clínico de um menino de 5 anos alguns aspectos importantes sobre a clínica winnicottiana da regressão à dependência. Esse menino que havia sido considerado deficiente mental, foi acolhido por Winnicott sob o diagnóstico inicial de uma deficiência secundária a uma psicose precoce e não por limitações cerebrais. O psicanalista conta que o menino passou um ou dois meses de análise “testando a habilidade do analista de aceitar suas aproximações sem demandar nada e ativamente se adaptando às suas necessidades de maneira que sua própria mãe não conseguia fazer” (Winnicott, 1975, p. 178). Depois de um tempo, o menino foi em direção ao analista e retrai, como que testando a habilidade do analista de aceitá-lo. Decorrido um tempo, o menino passou a sentar no colo de Winnicott, entrar em seu casaco e escorregar até o chão pelo meio de suas pernas, repetidas vezes. Toda a comunicação aqui era não verbal. Podemos entender este gesto como um renascimento, ou um nascimento num colo bom.

Esse trecho reportando um caso clínico torna evidente alguns aspectos específicos da clínica winnicottiana. O primeiro ponto se refere ao fato de que o analista deverá estar atento ao fato do paciente testar a fidedignidade do ambiente (analista), para ver se este poderá ser usado como um novo ambiente capaz de favorecer as experiências integradoras que o paciente precisa viver. O segundo aspecto importante é o fato de essa comunicação se basear numa comunicação não verbal, e por consequência, sem grandes interpretações.

O menino pôde, desse modo, transferir sua necessidade ao analista, que, ao recebê-las e compreendê-las e agir segundo a necessidade desse paciente específico, pôde permitir que experiências integradoras ocorressem. Winnicott (1975, p. 178) diz que:

“Depois desta experiência eu estava pronto a acreditar que os traços de memória do nascimento podem persistir”.

Outro caso ilustrado no texto também contém aspectos que nos auxiliam no estudo da experiência de nascimento. É o caso da Sra. H., uma enfermeira de 50 anos, que havia sido tratada por Winnicott 25 anos antes, época em que ele tinha pouca familiaridade com a literatura psicanalítica.

Na descrição do caso, o autor faz uma equivalência que merece ser destacada: ao se referir ao ofício da paciente, dizendo que ela se especializou no cuidado de crianças psicóticas, ele descreve essas crianças psicóticas como estando num estado de regressão. Essa equivalência não poderia passar despercebida, pois ela se revela bastante importante para o presente artigo. Nela encontramos a visão maturacional que Winnicott apresenta para sua psicopatologia, ancorada no processo maturacional que se dá no tempo. Pensar o indivíduo como uma amostra temporal da natureza humana é como o psicanalista inglês nos oferece um novo paradigma para pensar a saúde e o adoecer humano.

A doença psicótica deixa de ter um caráter estrutural rígido e passa a definir um conjunto de defesas estabelecidas por um ego primitivo diante de invasões ambientais maiores que sua capacidade pessoal em determinado momento. O indivíduo congela a situação traumática para não viver futuras ameaças de aniquilação. Nesse sentido, podemos compreender que a etiologia das psicoses para Winnicott está no ambiente que falha na adaptação ativa àquele indivíduo e não na estrutura psíquica deste.

É nesse mesmo texto, um pouco mais adiante, que se encontra a preciosa citação: “uma das dificuldades de nossa técnica psicanalítica é saber em cada momento qual a idade do paciente na relação transferencial” (Winnicott, 1975, p. 181, tradução nossa). A idade do paciente revela em que momento do amadurecimento ele está. É importante lembrar que clinicamente percebemos que o amadurecimento não é linear e nem uma sucessão de fases. Ao contrário, o amadurecimento pressupõe um tempo cíclico em que o indivíduo é capaz de ter “todas as idades ou nenhuma” (Winnicott, 1986).

Voltando agora ao caso da Sra. H., no tratamento dessa paciente, Winnicott a acompanhou durante várias vezes em que seu sono era interrompido por pesadelos. Nesses pesadelos, ela gritava em crises agudas de ansiedade. Ao acordar, o analista podia ajudá-la a entrar em contato com a situação que gerava ansiedade e assim a fazia lembrar de diversos eventos traumáticos de sua infância. Nota-se aqui que não há interpretações do inconsciente reprimido, e sim manejo. O manejo inclui um tipo específico de interpretação, que revela a habilidade do analista em “ouvir” a comunicação, muitas vezes

não verbal, de uma necessidade. O analista entende a necessidade do paciente de regredir ao momento anterior à situação traumática e viver, num novo ambiente, pela primeira vez, experiências necessárias para a integração do ego.

A Sra. H. fica tão identificada com uma criança psicótica (autista) de 7 anos que acompanhava, que passa a imitar seus gestos, seu jeito de andar etc. Através dessa identificação com a paciente pequena, Sra. H. re-experenciava memórias físicas de seu próprio nascimento. Ela vive um “*blackout*” na fase do tratamento em que a menina enfrentava grande medo de andar de metrô. O “*blackout*” e o medo de andar de metrô são interpretados como referidos à experiência de nascimento. O “*blackout*”, que essa paciente vive na cama sem conseguir sair de casa é entendido como um renascimento. Depois desse episódio, a Sra. H. ficou bem e capaz de compreender melhor a natureza do trabalho que fazia com seus pequenos pacientes.

Em seguida Winnicott afirma: “Penso que podemos dizer que as coisas estão indo bem quando o desenvolvimento pessoal do ego do recém-nascido se manteve intocado nos aspectos emocionais e físicos” (Winnicott, 1975, p. 180).

Outro caso clínico que Winnicott relata é o de uma paciente cuja mãe, extremamente deprimida, com medo que a filha caísse, apertava ela de maneira forte demais, o que se tornava uma invasão. Foi por esse motivo que essa paciente pôde “presentear” Winnicott com uma importante descrição em forma de imagem desses momentos iniciais em termos de pressão:

No início o indivíduo é como uma bolha. Se a pressão de fora ativamente se adaptar à pressão de dentro, então a bolha, ou seja, o eu (*self*) do bebê, é algo significativo. Se, ao contrário, a pressão ambiental é maior ou menor do que a pressão na bolha, daí não é a bolha que é importante e sim o ambiente. Neste caso, a bolha se adapta à pressão externa. (Winnicott, 1975, p. 182, tradução nossa)

Essa paciente revelou ao analista por meio dessa imagem da bolha uma adaptação precoce dela ao ambiente, e a necessidade de retomar o processo de amadurecimento a partir desse ponto. O traumático aqui foi ter que reagir, em vez de ser. Isso só é possível através da regressão à dependência, que se deu com Winnicott. Pela primeira vez, essa paciente se sentiu segurada por uma mãe relaxada, viva e pronta para fazer adaptações ativas ao seu bebê.

Aqui seria oportuno explicitar que a ideia do analista como mãe foi introduzida pela primeira vez na psicanálise por Ferenczi, que sugere que o analista seria como uma mãe. Mas só em Winnicott encontramos um corpo teórico em que “o bebê no colo da mãe” se torna o novo paradigma clínico, substituindo o paradigma edípico/triangular freudiano.

Terminando esse texto de 1949, Winnicott resume e apresenta pela primeira vez o termo “regressão à dependência”:

Tudo isto pode ser claramente demonstrado no trabalho psicanalítico considerando que o analista é capaz de acompanhar o paciente de volta no desenvolvimento emocional tão longe quanto for necessário, através da regressão à dependência, de modo a alcançar o período anterior às invasões se tornarem múltiplas e insuportáveis. (Winnicott, 1975, p. 192, tradução nossa)

Num trabalho futuro, pretendo destacar o que possibilitaria que um analista fosse capaz de acompanhar o paciente de volta no desenvolvimento emocional.

No outro lado da relação transferencial, tentando compreender melhor quais são esses pacientes que fizeram com que Winnicott refletisse sobre a regressão na clínica, encontramos num dos textos de 1954 a seguinte passagem onde ele delimita: “Coloco aqui todos aqueles pacientes cujas análises terão de lidar com as fases iniciais do desenvolvimento emocional primitivo, antes e até o estabelecimento de uma personalidade como uma entidade, antes da conquista do status unitário no tempo-espaço” (Winnicott, 1975, p. 279, tradução nossa).

Winnicott acreditava que, devido a falhas ambientais precoces, tais pacientes não poderiam se beneficiar do modelo de tratamento psicanalítico freudiano, baseado na interpretação do inconsciente. No seu modo de pensar, o tratamento desses pacientes deve levar em conta “um estabelecimento precoce do falso-*self*. E, para que o tratamento seja efetivo, deverá haver uma regressão em busca do verdadeiro *self*” (Winnicott, 1975, p. 280). Dessa maneira, Winnicott pretendia ampliar a técnica da psicanálise àqueles pacientes cujas necessidades iniciais não teriam sido atendidas nos primeiros anos de vida.

Estaríamos aqui, portanto, interessados em explicitar, o método clínico elaborado por Winnicott, para dar conta de pacientes (psicóticos) que tiveram sua continuidade de ser interrompida, ficando privados de uma continuidade pessoal da existência. São

pacientes que precisarão, através da regressão à dependência, viver experiências com a figura do analista, que eram fundamentais para a integração do si-mesmo, mas que não ocorreram. O passado se faz presente no consultório através da regressão à dependência: “enquanto na neurose de transferência o passado entra no consultório, neste trabalho (lidando com a transferência psicótica) é mais verdade dizer que o presente volta ao passado e é o passado” (Winnicott, 1975, p. 297, tradução nossa).

Uma das grandes contribuições de Winnicott se faz ao incluir um modo distinto de transferência, ao contemplar aqueles cuja adaptação às necessidades iniciais não foi atendida:

Este trabalho amplia o conceito de transferência já que, no momento da análise destas fases, o ego do paciente não pode ser presumido como uma entidade estabelecida e não pode haver neurose de transferência para a qual, certamente, deve haver um ego e, sem dúvida, um ego intacto. (Winnicott, 1955, p. 296, tradução nossa)

Winnicott, ao introduzir o ambiente como elemento fundamental para a compreensão de patologias, nos abre dois caminhos. O primeiro diz respeito à importância do ambiente no amadurecimento do ser humano, e o segundo se refere à possibilidade reparadora do ambiente em casos de fracasso ambiental anterior. Na transferência há memória das falhas assim como existe a dimensão do que o indivíduo não viveu, revelando a falta de algo que era constitutivo. Deste modo, a transferência que o paciente tem em relação ao analista está centrada na promessa de o analista ser um novo ambiente capaz de reparar as falhas anteriores (inclusive ao reconhecer e integrá-las). Está, portanto, implicado na temporalidade do indivíduo. O tipo de transferência fala da experiência que o paciente precisa viver. Se as falhas ocorreram num momento inicial da vida do indivíduo algumas experiências constitutivas não foram integradas. Nas palavras de Winnicott: “uma das dificuldades da técnica psicanalítica é saber, a cada momento, a idade do paciente na relação transferencial” (Winnicott, 1975, p. 181).

3. Conclusão

Acredito poder afirmar sem ressalvas que todos nós aqui presentes compartilhamos de um mesmo objetivo: o de efetivamente compreender quem nos procura e, assim, fazer um trabalho realmente efetivo na vida de nossos pacientes.

Acredito que foi esse mesmo ímpeto terapêutico que possibilitou que D. W. Winnicott chegasse à ideia de regressão à dependência. Um analista que pretendia garantir uma *adaptação suficientemente boa às necessidades* de pacientes que comunicam estas necessidades, através da relação transferencial, através, inclusive, da comunicação não verbal. Para isso, é imperativo uma disponibilidade afetiva real, paciência de esperar o que chega do paciente e não um trabalho pautado nas necessidades egoicas do analista. Termino, portanto com uma citação de Winnicott, que resume, essencialmente o que pretendi explicitar ao longo deste artigo:

O tema que pretendo desenvolver no presente capítulo é de extrema simplicidade. Resulta de minha experiência psicanalítica, embora não pudesse dizer isso com respeito a essa mesma experiência de duas décadas atrás: não adquirira eu, então, a técnica que tornasse possíveis os movimentos transferenciais que desejo descrever. Por exemplo, só recentemente me tornei capaz de esperar; e esperar, ainda pela evolução natural da transferência que surge na confiança crescente do paciente na técnica e no cenário psicanalítico, e evitar romper este processo natural, pela produção de interpretações. Refiro-me a produção de interpretações e não às interpretações como tais. Estarrece-me pensar em quanta mudança profunda impedi, ou retardei, em pacientes de certa categoria de classificação pela minha necessidade pessoal de interpretar. Se pudermos esperar, o paciente chegará à compreensão criativamente, e com imensa alegria: hoje posso fruir mais prazer nessa alegria do que costumava com o sentimento de ter sido arguto. Ao interpretar, acredito que o faço principalmente no intuito de deixar o paciente conhecer os limites de minha compreensão. Trata-se de partir do princípio de que é o paciente, e apenas ele, que tem as respostas. (Winnicott, 1971/1975, p. 121)

Referências

Freud, S. (1915-1916). *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Freud, S. (1912). Recommendations to Physicians Practising Psycho-Analysis. In S. Freud, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*,

Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works, 109-120, London: Hogarth Press, 1958.

Haynal, A. (1989). *Controversies in Psychoanalytic Method*. New York: NYU Press.

Little, M. (1990). *Psychotic Anxieties and Containment. A Personal Record of an Analysis with Winnicott*. New Jersey: Aronson.

Van Sweden, R. C. (1994). *Regression to Dependence: A Second Opportunity for Ego Integration and Developmental Progression*. London: Jason Aronson.

Winnicott, D. W. (1955). Clinical varieties of transference. In D. W. Winnicott, *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books, 1975.

Winnicott, D. W. (1986). *Home Is Where We Start From*. New York; London: Norton & Company.

Winnicott, D. W. (1975). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books.

Winnicott, D. W. (1949). Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety. In D. W. Winnicott, *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books, 1975.

Winnicott, D. W. (1971). *Brincar e a Realidade* (J. O. de Aguiar Abreu e Vanede Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1975.