



DOI **Continuidade do ser e *agonia primitiva*: o bebê winnicottiano e a psicose***

Continuity and *primitive agony of being*

DOI **Jeanine Chamond****

Resumo: Neste artigo, pretende-se apresentar a especificidade da teoria psicanalítica por Winnicott, considerando que seu pensamento e sua prática estão atravessados por intuições e questões fenomenológicas que são próximas da Daseinsanalyse, tais como: continuidade de ser, mãe suficientemente boa e *Holding*, transicionalidade e área da ilusão.

Palavras-chaves: Daseinsanalyse, Winnicott, continuidade de ser e *Holding*, mãe suficientemente boa, transicionalidade e área da ilusão.

Abstract: The purpose of this article is to present the specificity of Winnicott's psychoanalytical theory, taking into account the fact that throughout his theory and practice are found intuitions and phenomenological issues which are close to the Daseinanalysis, such as the continuity of being, the good-enough mother and holding, transitionality and the area of illusion.

Keywords: Daseinanalysis, Winnicott, continuity of being and holding, good-enough mother, transitionality, area of illusion.

* Comunicação apresentada no Colóquio da École Française de Daseinsanalyse “Winnicott et la phénoménologie”, de 14 junho de 2008, na Sorbonne, Paris. Tradução de Paola Morsello.

** Universidade Paris X, École Française de Daseinsanalyse.

Mas onde encontrar a criança? O corpo da criança pertence ao pediatra. Sua alma, aos homens da religião. Sua psique pertence aos psicanalistas. Seu intelecto, aos psicólogos. O espírito é dos filósofos. O psiquiatra reivindica os transtornos mentais. A hereditariedade cabe aos geneticistas. A ecologia reivindica sua parte no meio social. As ciências sociais estudam o núcleo familiar, sua relação com a sociedade e com a criança. As ciências econômicas examinam as tensões e contradições devidas às necessidades conflitantes. A lei intervém para regular e humanizar a vingança pública contra os comportamentos antissociais.

D.W. Winnicott, *Natureza humana*

Ingressar na psicanálise pela porta da pediatria, este talvez tenha sido o *nobre percurso* que permitiu a Winnicott inventar um pensamento e uma prática psicanalíticos audaciosos, paradoxais, incomuns, até mesmo insolentes, de toda forma pouco ortodoxos no que diz respeito à *doxa freudiana*; e, de acordo com R. Roussillon, muito mais revolucionários do que se queria admitir nas escolas psicanalíticas. Mas se existe um *nobre percurso*, ele foi facilitado pela longa análise pessoal que permitiu ao pediatra *reencontrar em si a Criança*, essa criatura brincalhona, criativa e vulnerável. De fato, a trajetória intelectual e clínica de Winnicott é um vaivém constante do recém-nascido ao adulto, da estrutura criança/meio maternante à relação terapeuta/paciente, do bebê *real* observado no colo da mãe ao bebê *reconstruído* na terapia do adulto, das catástrofes infantis precoces a seus efeitos deletérios na psicose do adulto e na normalidade patológica do *Falso Self*. Segundo P. L. Assoun (2006), Winnicott, que se dedicou a pensar a criança, chegou a pensar *como* criança. Fundamentalmente, ele não é nem freudiano, nem kleiniano, nem lacaniano. Sua reflexão centra-se no *Infans*, que não possui linguagem. O papel secundário que ele atribui à sexualidade infantil e ao complexo de édipo, que só exerceria influência sobre os neuróticos, e sua compreensão da relação objetal, o distanciam de Freud. O pai, mantido em segundo plano até seus escritos de 1955 (Duparc, 2005a, pp. 71-91),¹ a temática da linguagem quase ausente, o foco direcionado às necessidades em detrimento do desejo, estão na base das críticas dos lacanianos. Sua primeira fonte de inspiração foi Darwin, e “A origem das espécies”. Dali ele extraí a convicção de que o bebê traz em si um potencial inato de desenvolvimento em direção à maturação, à saúde e à

¹ Cf. Duparc, 2005a, pp. 71-91. Pode-se considerar, no entanto, partindo de alguns indícios nos textos, que antes de sua teorização explícita nos trabalhos de 1955, o pai é pensado de maneira implícita como alguém que garante o *Holding* da mãe.

criatividade, e deve encontrar um ambiente favorável para se desenvolver. “Um bebê que não criou o mundo (...) não tem futuro”, escreve Winnicott em “Natureza humana” (Winnicott, 1988/1990, p. 143).

Sua obra foi por muito tempo ignorada. Considerado um misto de poeta, rebelde, filósofo, antropólogo pragmático da infância (P. L. Assoun), psicólogo do desenvolvimento (G. Guillerault), psicanalista controverso – e sem dúvida tudo isso é um pouco verdade □□, Winnicott é no mundo da psicanálise um pouco como o esquizofrênico perplexo de Blankenburg (1991), aquele que se pergunta sobre as evidências naturais, que só constituem um problema para aqueles que perderam o sentido delas: *O que é viver e se sentir vivo? O que é ter a sensação de ser real e perceber o mundo como real? Em que lugar vivemos? Em que consiste a própria vida?* Algumas dessas são questões ingênuas, perigosas, essenciais, com as quais os psicóticos e as crianças se deparam, questões que ele resolveu tomar a sério a ponto de transformá-las em seus eixos epistemológicos. Para a filósofa B. Dessain (2007, p. 4), ao afirmar os fundamentos não pulsionais do ser, Winnicott é o arqueólogo “dos primórdios da pulsão”, que sonda incansavelmente o espaço existente entre o recém-nascido e sua mãe, entre o mundo interior e o mundo exterior, e entre o sujeito e o mundo compartilhado, e os destinos possíveis do ser humano. A. Green (2005a) ressalta que ele transformou a psicanálise dos objetos em psicanálise do espaço. Por trás da imagem fantasiosa que o mostra frequentemente como *bom pai*, de quatro como o rei Henrique IV, brincando com suas crianças-pacientes, ou identificado a uma *mãe suficientemente boa* e dedicada, por trás do homem tranquilo e bonachão, de empatia fora do comum e típico humor inglês, se desenha outro Winnicott: aquele que, ao explorar as fronteiras entre o ser humano e os limites do analisável, se depara com extremos e os aceita conscientemente.

Mas se hoje o trazemos à Escola Francesa de *Daseinsanalyse*, é porque seu pensamento e sua prática estão repletos de percepções e questões fenomenológicas que precisamos identificar, esmiuçar e debater; mesmo se – é preciso dizê-lo claramente – Winnicott não se considera em nada fenomenólogo; que eu saiba, o próprio termo fenomenologia não está presente em sua obra. Citemos J. B. Pontalis: “Com Winnicott, a palavra “ser”, “*being*”, às vezes escritas em maiúscula, ingressam na psicanálise; e é por comodismo que se evita a pergunta que essa emergência nos coloca, tentando esvaziá-la sob a designação pejorativa de misticismo” (Pontalis, 1977a, p. 197). Para B. Dessain, “(...) a obra de Winnicott nos convida a seguir um caminho. Nós nos encontramos na linha divisória entre psicanálise e filosofia: a primeira não privilegia mais a libido, e a segunda corre o risco de estar bem no limiar do *logos*” (Dessain, 2007, p. 4).

Isso, no entanto, não irá facilitar a tarefa que temos pela frente, a de começar apresentando Winnicott àqueles que não o conhecem, com vistas a decifrar de uma certa forma o *panorama winnicottiano*. Na primeira parte serão apresentadas algumas referências biográficas, históricas e epistemológicas da época. Em seguida, será proposto um pequeno glossário com algumas conceitos-chaves do autor. Os conceitos selecionados têm o propósito de trazer à luz as peculiaridades do bebê winnicottiano e a técnica terapêutica do autor. A parte final tentará esclarecer como ele entende a psicose e ilustrá-la com um caso clínico.

1. Dados biográficos, históricos e epistemológicos

Donald Woods Winnicott nasceu de 1896 numa família descrita como próspera e feliz, de pais dedicados. Seu pai é lorde e prefeito de Plymouth, e ele teve muitas mães: sua mãe, suas irmãs mais velhas, algumas “babás”, além de uma série de primos com quem partilhava suas brincadeiras. A família compartilha seu amor pela música: em suma, *um ambiente facilitador*, cuja importância em seu pensamento iremos analisar. É bom que se diga, a propósito, que pesquisas recentes colocam em dúvida a versão idealizada dessa infância, mas não iremos nos ater a isso.² Depois de estudar medicina e pediatria durante a Primeira Guerra Mundial, torna-se em 1923, aos 27 anos, médico assistente em dois grandes hospitais infantis de Londres. E após ler um livro de Freud, ele começa, no mesmo ano, em 1923, a fazer psicanálise, que iria durar dez anos, com James Strachey, tradutor de Freud, e depois com a kleiniana Joan Rivière. Em 1940, durante os bombardeios a Londres, ele comanda junto com John Bowlby, o famoso teórico do apego, a evacuação das crianças, alertando as autoridades sobre os perigos da separação do seio familiar. Trabalha em instituições que cuidam de crianças vítimas da guerra junto com a assistente social Clare Britton, que iria se tornar sua segunda esposa em 1951. Analisada por M. Klein, Clare Winnicott se torna psicanalista ao mesmo tempo em que desenvolve uma brilhante carreira como professora. Eles não terão filhos. Winnicott exerce a psicanálise em Londres durante 40 anos em consultas no hospital e em seu consultório na Chester Square; mas teria gostado, confidenciou aos mais próximos, de ser um humorista de cabaré. Ele, que se dizia “crédulo como uma criança”, mesmo sabendo perfeitamente que Deus não existe, morreu em 1971 de um ataque cardíaco, tendo escrito pouco antes: “Meu Deus, que eu possa estar vivo quando morrer!”.

Nos anos 1930 e 1940, a psicanálise infantil inglesa floresce em torno de dois grandes nomes: Anna Freud, refugiada em Londres desde 1939 com seu pai, e Melanie Klein, oriunda de Berlim. Ambas têm seus discípulos, muito submissos para o gosto de Winnicott, e pontos de vista conflitantes

² Cf. Rabain, 2004, pp. 45-69. O autor desenvolve a tese de que a mãe de Winnicott sofria de depressão.

e apaixonados sobre a prática e a teoria, sem, contudo, jamais chegar a uma cisão. Se A. Freud goza de legitimidade tutelar, é M. Klein quem reina como mestre do pensamento psicanalítico inglês. Os trabalhos de Winnicott não são reconhecidos por nenhuma delas: A. Freud acusa-o de ser kleiniano; e M. Klein avalia bem que ele não o é. Esta lhe pede mesmo assim para analisar seu próprio filho, desde que ele concorde em ser supervisionado por ela; Winnicott recusa. Na verdade, seu relacionamento com M. Klein foi duradouro e complexo. Nos primeiros anos, de 1930 a 1940, ele é influenciado por ela, e não esconde sua admiração, mesmo sem a ter compreendido plenamente (Winnicott, 1971d/1989, pp. 17-29). Depois, ele trilha seu próprio caminho, não sem esperar dela, por toda a vida, um reconhecimento que nunca veio. Entre os annafreudianos e os kleinianos, uma terceira corrente se forma, o *Middle Group*, que se autodenomina também “Os independentes”. Winnicott, Balint e M. Milner fazem parte desse grupo, para citar alguns. E nenhum deles se considera líder do grupo. Essa terceira voz é uma espécie de espaço transicional entre o mundo quase solipsista de objetos internos dos kleinianos e a adaptação ao ambiente educacional dos annafreudianos. As teorias do *Middle Group* são caracterizadas pelo ecletismo, pelo pragmatismo, pela rejeição de todo dogmatismo, por seu foco na clínica. Pois, segundo Winnicott, se a teoria não consegue explicar a clínica, é a teoria que deve ser mudada, pois a vida é movimento, não fabricação de categorias. Com Winnicott, segundo A. Green, pela primeira vez a prática psicanalítica está adiante da teoria e coloca-a frente a frente com suas responsabilidades.

Conhecemos sua famosa frase: “Não existe essa coisa chamada bebê!”; não existe, na verdade, sem a mãe que cuida dele: no período de dependência absoluta, não há, no sentido literal, nem indivíduo, nem relacionamento, nem troca: um bebê que mama, mama numa parte de si mesmo que a mãe oferece a uma parte de si mesma. O conjunto ambiente/recém-nascido contém um ser-no-mundo em potencial. Se sua prática como pediatra o obriga a se distanciar da pediatria puramente orgânica de seu tempo, sua prática psicanalítica o leva a questionar a referência essencial ao complexo de édipo que prevalecia naqueles anos em relação aos cuidados psicológicos das crianças. Na verdade, o complexo de édipo surge por volta de 3 ou 4 anos de idade, enquanto incontáveis históricos de casos demonstram que os primeiros meses, e até mesmo os primeiros dias da vida do bebê podem ser decisivos, Freud, observa ele, considerava que a situação de maternagem precoce era natural, a partir do que ele pôde conceber seu dispositivo de análise das neuroses. O objeto de estudo de Winnicott são o *in-fans* (em latim: aquele que não fala) e sua mãe, vistos diante de um grande problema humano: atingir a maturidade, apesar dos obstáculos. “Ao escolher iniciar o estudo da natureza humana pela questão do desenvolvimento (...), espero poder esclarecer como, a partir de uma mistura (*merging*)

primária entre o indivíduo e o ambiente, surge um emergente, o indivíduo que procura fazer valer os seus direitos, tornando-se capaz de viver num mundo não desejado" (Winnicott, 1988/1990, p.118).

Sua obra, segundo Pontalis (1977a, p. 176), é, ao mesmo tempo, simples e inteligente, material e abstrata. E é, acima de tudo, muito pessoal, animada por uma rara liberdade, marcada pela espontaneidade, pelo humor, pela brincadeira, e pela fuga a qualquer dogmatismo com pretensão de conhecimento absoluto. Escrita para não especialistas, é simples apenas na aparência. Pode, por vezes, ser de uma sutileza assustadora, apesar da linguagem clara, muito clínica, que evita todo jargão técnico. às vezes, ocorre de ficarmos estupefatos diante de seus *insights* fulgurantes, suas propostas paradoxais, suas abstrações vertiginosas, e até mesmo de suas obscuridades deliberadamente assumidas. Os grandes winnicottianos (tais como André Green, Renata Gaddini etc.; cf. Green, 2005b) dizem até que é um autor difícil. No entanto, o homem está presente em cada página, sem pressa de teorizar, reservado em suas interpretações, deixando as coisas serem o que são e se desdobrarem naturalmente. Seu trabalho não é abertamente polêmico, mas o pensamento *entre* e às vezes *contra* Freud e Klein o leva sem dúvida a fazer desvios e se esquivar. Sua prática é marcada pela confiança "na tendência natural à saúde", distante de qualquer excesso de cuidado terapêutico. Nada lhe é mais estranho do que a prática da análise pela análise. Ele procura engajar o quanto possível os pais e os educadores nesses cuidados, em especial para tolerar e satisfazer as necessidades de regressão das crianças. Ele concebe a psicoterapia como *um jogo de criação coletiva*, que deve poder ser *adaptado* a cada caso. R. Roussillon escreve:

Se Winnicott pensa que todo ser deve criar o mundo que encontra em seu ambiente, se ele pensa que é assim que nos tornamos presentes e criativos, ele aplica esse mesmo preceito a sua maneira de vivenciar a psicanálise. Ele não aplica a psicanálise aos transtornos graves da identidade e do narcisismo, ele não a aplica, como se costuma dizer, como se aplica uma fórmula matemática, *ele transforma a psicanálise*, para que ela se aplique aos transtornos da identidade e do narcisismo, e ao que cada um destes tem de questão essencial. (Roussilon, 1999, p. 13)

Seus colegas reconhecem unanimemente nele uma capacidade extraordinária para lidar com as crianças. Note-se que ele é provavelmente o primeiro psicanalista a agradecer aos pacientes o fato de pagarem para instruí-lo. Ele tem também uma longa experiência na formação de educadores e assistentes sociais, e participa de bate-papos pela rádio com os pais, o que será retomado na França por F. Dolto. A coletânea de suas cartas, publicada sob o título de "Cartas vivas" (Winnicott, 1987b/1988), é um testemunho do seu engajamento nas questões de sua época: faz críticas virulentas aos métodos psiquiátricos de seu tempo, à lobotomia e ao eletrochoque; interpela políticos em suas

cartas à Times sobre os perigos da estatização dos serviços de saúde; faz conferências sobre democracia, descrevendo “aqueles antissociais disfarçados, que se investem da autoridade de chefes socialmente imaturos”. Finalmente, suas cartas atestam que o homem descrito como encantador pode por vezes se mostrar feroz em sua sinceridade, ao dizer o que pensa tanto ao ministro quanto a seus colegas psicanalistas.

Se Winnicott por vezes se diz freudiano, ele se distancia, no entanto, de Freud em vários pontos. Em vez da teoria das pulsões e do desenvolvimento da sexualidade infantil, que ele não nega, junto com Balint, Bowlby e Fainbairn, ele privilegia o amor do objeto primário, que para ele não está vinculado a nenhuma zona erógena. Ele evita a metapsicologia freudiana – dizia sobre si mesmo: “Sou uma nulidade em metapsicologia” – e confessa em uma carta a Jones suas inibições ao ler Freud. Em suas poucas páginas biográficas, ele escreve que, se ele é um produto da escola freudiana, está longe de partilhar todos os seus pontos de vista, *o que não tem importância alguma*³. Ele acha que o fundamento do ser é a-pulsional; quando há pulsão em Winnicott, trata-se mais frequentemente de uma pulsão de vida no sentido mais amplo do termo, uma pulsão mais aristotélica do que freudiana, como potencial em busca de sua realização. A agressividade e os instintos estão ao serviço da vida, do crescimento do ser, da criatividade. Ele não acredita no instinto de morte de Freud e de M. Klein. Contrariamente a esta última, que centra sua teoria no mundo interior de fantasia do bebê, Winnicott constrói a sua sobre a mãe-ambiente real. “Só os psicanalistas sabiam então que tudo existia, exceto o ambiente”, escreve ele, ironicamente, em suas notas biográficas (Winnicott, 1989f/1989). Ele também precisa enfrentar duramente sua segunda analista, J. Rivière, kleiniana fervorosa, para poder afirmar com toda independência seu ponto de vista sobre a mãe real. De acordo com o depoimento de A. Green (2005b, pp. 24-32), sua obra foi introduzida na França nos anos 1960 por ele próprio e por V. Granoff. E é recebida primeiramente com desconfiança, em oposição à abstração dominante do lacanianismo: esse escritor inglês que se podia finalmente compreender foi, por essa mesma razão, apreciado por alguns e desprezado por outros. J. Lacan publica seu famoso artigo sobre o Objeto Transicional na revista “La Psychanalyse”, e, numa carta datada de fevereiro de 1960, Winnicott agradece a ele. Em seu seminário de 1959 (Lacan, 1994), Lacan torna o objeto transicional um precursor de seu célebre *objeto a*. Será preciso esperar até os anos 1970 para que seja traduzido para o francês. Muitos analistas acreditam que suas contribuições para a disciplina ainda não foram completamente exploradas. “O que eu disse ganha ares de uma ilha, escreveu Winnicott, as pessoas têm de colocar algo de si para chegar até ela” (Winnicott, 1989f/1989).

³ “Growth and development in Immaturity” (1965a[1950]), citado por Davis & Wallbridge (2002), p. 24.

2. Pequeno léxico winnicottiano

Constituir um pequeno léxico do vocabulário de Winnicott no período de tempo de que dispomos é um exercício com certeza parcial e simplista. Dentre os cerca de 30 termos em geral propostos, tive de escolher seis conceitos, sem, no entanto, ter podido resgatar todas as nuances, as reelaborações, o aprofundamento e as inflexões trazidas pelo autor de um texto a outro, o que lhes dá por vezes contornos fluidos. Sem dúvida alguma, cada um deles mereceria um artigo inteiro. Aqui serão esboçados os conceitos de continuidade do ser, mãe suficientemente boa e *holding*, objeto transicional e área de ilusão, criatividade, *squiggle game* e *self*.

2.1 A continuidade do ser

A continuidade do ser ou existência continuada do bebê é assegurada pela constância do cuidado materno, que constitui o pano de fundo de todo o pensamento de Winnicott. O autor escreve:

A base de todas as teorias de desenvolvimento humano reside na continuidade da linha de vida, que inicia provavelmente antes do nascimento da criança; a continuidade implica a ideia de que nada do que faz parte da experiência do indivíduo é ou pode ser perdido por ele, mesmo que, por razões variadas e complexas, isso possa efetivamente vir a se tornar inacessível à consciência.⁴

Graças à constância dos bons cuidados maternos, “o potencial inato do recém-nascido torna-se uma continuidade do ser” (Winnicott, 1960c/1969, pp. 358-378) ou “experimenta uma continuidade do ser” que sustenta seu sentimento de ser real e de ser sempre o mesmo por meio de suas variadas experiências – e nós sabemos como a fenomenologia das psicoses, e da esquizofrenia em particular, explora a falha dessa continuidade. Esse sentimento é a base do si-mesmo, esse estado unificado que constitui o *Eu sou*. O sentimento de existir é o *centro de gravidade do ser*, que reside em primeiro lugar no *espaço transicional* mãe-filho. Winnicott ressalta, aliás, em várias ocasiões, que não se sabe se o bebê vive em seu próprio corpo ou no rosto de sua mãe. Ele escreve: “Depois de existir, fazer; e também que nos façam alguma coisa. Mas antes de tudo existir” (Winnicott, 1971g/1975, pp. 91-119). A continuidade do ser requer que o ritmo de crescimento e de experiência do bebê sejam respeitados por uma *mãe suficientemente boa*. A continuidade da linha de existência, assegurada pela constância do cuidado materno, estabelece o fundamento da confiança básica no

⁴ “Communication Between Infant and Mother, Mother and Infant, Compared and Contrasted” (1968d), citado por Davis & Wallbridge (2002), p. 42.

mundo, que permite ao bebê relaxar e se entregar em segurança. A continuidade do ser sustenta todos os processos estruturais do ser, integra a novidade dentro da permanência e trabalha no sentido do devir, para manter unificado esse eu que se chama *self* (Chamond, 1999, pp. 245-251).

2.2 A mãe suficientemente boa e o Holding

A famosa *mother good enough*, pilar do mundo winniciotiano, é a mãe comum, dedicada mas *não perfeita*, que no início da vida do bebê está intimamente ligada a ele devido a sua *preocupação materna primária* (Winnicott, 1958n[1956]/1969, pp. 285-291). Mas a mãe deve pouco a pouco, na medida de seu progresso, se desapegar para favorecer a independência do bebê. Mas é necessário partir de *uma irredutível confiança e permanência* para que a criança chegue a admitir, a compreender, a tolerar e até mesmo a prever as pequenas falhas ambientais, que ela transformará em oportunidades para evoluir. A mãe é a provedora dos cuidados de que o bebê necessita, cuidados estes que Winnicott divide em *Holding* e *Handling*. O *Holding*, literalmente o colo, a *sustentação, o suporte*, é a maneira de segurar e envolver o bebê, em continuidade com o útero materno. O centro de gravidade do bebê não está ainda em seu próprio corpo e “o amor vem de baixo”, escreve Winnicott em “Natureza humana”. O *Holding*, juntamente com o *Handling*, é o manuseio, o aspecto técnico do cuidado. O *Holding* é antes de tudo *físico* □□ trata-se do ventre materno e de seus braços – e *psíquico* □□ devido à preocupação que ela tem com o bebê e ao prazer que ela experimenta ao cuidar dele; é sua atitude, como dizem popularmente as enfermeiras do berçário, de “levá-lo na cabeça”. Depois o *Holding* é o se *sentir seguro* nos braços de alguém, quando o bebê é “carregado com devoção”. Por fim, ele é substituído pelo apoio familiar, ou, na falta deste, por um orfanato acolhedor. O *Holding* suficiente bom assegura ao bebê *uma apresentação contínua do mundo*, base do sentimento de continuidade do ser, de confiança no mundo e de existência pessoal. A aquisição da confiança pode ser observada na psicologia comum da vida cotidiana, me parece, quando, por exemplo, o bebê, em pé sobre o trocador, se joga nos braços estendidos da mãe; se ele se lança assim no espaço vazio, é porque tem a certeza absoluta de que ela irá apanhá-lo. O *Holding* tem a função de evitar a ruptura de continuidade da linha de existência; ele não percebe se tudo está bem. Se ele é deficiente, produzirá uma *interrupção* do desenvolvimento, vivenciado como uma *ameaça de aniquilação*, que não é o medo da morte, sem significado nessa fase inicial, nem a frustração teorizada pela psicanálise. O *Holding* evolui normalmente a princípio em direção à *capacidade de ficar só na presença de outros*, uma garantia de maturidade e de unidade dentro do processo de desenvolvimento, e que pressupõe um outro presente que não solicita nem exige nada, numa

coexistência pacífica; em seguida em direção à *capacidade de estar só* (Winnicott, 1958g[1957]/1969, pp. 325-333), que não é nem o solipsismo, nem um isolamento doloroso diante da perda dos outros, mas uma solidão plena, habitada pelo si-mesmo, a vida interior e pela existência pessoal, onde pode se instalar o *Self secreto*.

2.3 O objeto transicional e a área da ilusão

Winnicott é conhecido na França sobretudo pelo conceito de *Objeto Transicional* (Winnicott, 1953c/1975, pp. 7-39), elaborado em 1951: o famoso “cobertor de segurança”, que torna o autor o astro indiscutível das creches, é aquele pedaço de pano ou cobertor ao qual, por volta dos 4 a 12 meses, o bebê se apegava apaixonadamente devido a sua função tranquilizante, e que ele suga na hora de dormir. Vítima de seu sucesso e de inúmeros mal-entendidos, o objeto transicional oculta o conceito de *espaço transicional*, ou *espaço potencial*, ou *espaço intermediário da experiência* ou ainda *área da ilusão* □□□ todas denominações que se equivalem –, cujo objeto nada mais é do que um epifenômeno ou aspecto visível da transicionalidade. Por meio do conceito de *espaço transicional*, Winnicott responde à questão espinhosa da construção da realidade: ao recusar o dilema entre interior e exterior, estabelece entre eles a continuidade ao resgatar a ilusão. Ele faz da ilusão a antessala da objetivação. A ilusão nada mais é do que a via de acesso ao conhecimento, num paradoxo, diz o autor, que ele prefere deixar para os filósofos. Que temos o mundo diante de nós, nós não o sabemos ao nascer: *precisamos recriar o mundo que já existe*. A realidade externa deve de algum modo silenciar para nos dar a ilusão onipotente de que, tal como Deus, nós criamos o mundo. Porque é uma tarefa sem fim aceitar a realidade, que Freud também chama de *teste de realidade*. A realidade se constitui progressivamente pela criação de um *no-man's land* entre o que é subjetiva e objetivamente percebido. O paradoxo do *encontrado/criado* é um dos mais famosos de Winnicott. é preciso substituir a alucinação da falta do seio materno pela experiência do seio real e *em tempo real*, para que o bebê tenha a *ilusão* de que existe uma realidade externa que corresponde à sua própria capacidade de criá-la. A sobreposição daquilo que o bebê concebe e daquilo que a mãe traz produz um “terceiro mundo”, uma *zona intermediária entre a subjetividade e a objetividade, uma zona intermediária de experiência, uma terceira zona de compromisso*, para a qual contribuem simultaneamente a realidade interior e a vida exterior.

Esta zona não é contestada porque nada mais se exige dela senão o existir como um local de repouso para o indivíduo empenhado na interminável tarefa humana de manter ao mesmo tempo

separadas e conectadas uma à outra a realidade interna e a realidade externa. (Winnicott, 1953c/1975, p. 9)

O espaço potencial é *o lugar da experiência cultural*, “porque só podemos receber a herança cultural, contribuir para ela e nela encontrar refúgio se primeiro tivemos um lugar onde colocar o que nós mesmos encontramos” (Winnicott, 1967b/1975, p. 132-143). A religião, a arte, a brincadeira, a vida imaginária, o trabalho científico, *a capacidade de crer em...* dependem do espaço transicional, como também “as pequenas loucuras que são legítimas em dada época dependendo do modelo cultural predominante” (Winnicott, 1967b/1975, pp. 132-143). No espaço de transicionalidade a questão de saber o que é meu e o que é do outro não se coloca, pois está revestida de uma aura de ilusão de continuidade. Ao se situar *entre* o objeto interno e o objeto externo, o espaço transicional permite atenuar os efeitos da realidade externa e reduzir a dependência em relação ao objeto externo. O espaço potencial é a zona de descanso na qual nos *permitimos ser e nos deixamos levar* pela sensação de existir “sem forma”, num estado transitório de não integração, que é importante não confundir com a *desintegração psicótica*. O uso do objeto ou dos fenômenos transicionais, como os murmúrios e sussurros do bebê ao adormecer, marcam uma primeira separação da mãe, a transição da fusão ao relacionamento propriamente dito, e um primeiro passo em direção ao simbólico. O fato de que o objeto transicional *não seja* a mãe é tão importante quanto o fato de que ele *representa* a mãe. Primeiro passo em direção à formação do símbolo, não é ainda um símbolo, pois o *peso de existir é mais importante que o seu sentido*. F. Duparc escreve: “Ao mesmo tempo interno e externo, criado e encontrado, real e fruto de alucinação, o objeto transicional surge onde de outra forma haveria uma pura descarga alucinatória, e um desprazer que tornaria a representação mental persecutória” (Duparc, 2005b, p. 170). A tarefa última da mãe é desiludir progressivamente a criança. Mas a desilusão não é a adaptação madura e definitiva à realidade, e a ilusão não é uma forma menos madura de ser no mundo. Se quisermos falar em termos de saúde mental, esta é a capacidade de *fazer esse percurso de ida e volta entre ilusão e desilusão*, é a própria possibilidade do processo. Nesse sentido, poderíamos dizer que o psicótico é aquele que não tem ilusões; mas, ao não ter ilusões, parece fadado aos delírios alucinatórios e persecutórios. Assim, o bebê winniciotiano deve de alguma forma brincar de Deus, pois é *antes de tudo o que ele cria que faz sentido para ele*; antes de poder um dia, escreve o autor, “sentir que ele é apenas um grão minúsculo de poeira no universo”, e “sentir a humildade que é característica da individualidade humana” (Winnicott, 1968d/1992, p. 141). O fenômeno transicional winniciotiano inaugurou nas Ciências Humanas todo o pensamento da *terceiridade*, retomado principalmente por A. Green, e a *análise transicional* conceituada por R. Kañss.

Em 1971, Winnicott escreve um belo artigo, “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento da criança” (Winnicott, 1967c/1975, pp. 153-162), sob a influência do estágio do espelho de J. Lacan. Nessas dez páginas, temos, no meu entender, todo o pensamento de Winnicott: ao mesmo tempo o aprofundamento de uma constatação, a sutileza, a complexidade e a ousadia. A constatação □ para usar minhas próprias palavras □ é que a face materna é a *Gestalt* básica da evolução humana. Durante a amamentação, escreve Winnicott, o bebê olha para a mãe, e seu rosto reflete o *que ela vê nele* e que, portanto, *ele é*. Ele descreve “esses bebês torturados pela falta de cuidados maternos, que estudam as variações no rosto da mãe para prever-lhe o humor, como se perscruta o céu para saber como está o tempo”. Entende-se que o rosto materno é também *um termômetro*: ele transmite uma *Stimmung* fundamental, ele diz de certa forma ao bebê *qual o clima* no universo comum mãe-filho: sol, tempestade, ou, para ser mais preciso, depressão. Por fim, há rostos maternos que não refletem nada. O vazio. (Podemos fazer referência ao que A. Green teorizará em 1980, como “a mãe morta”; cf. Green, 1980/1983, pp. 222-253), ou seja, *psicologicamente morta* para o filho, porque mergulhou no luto ou na depressão.) Pois, para Winnicott, a falha ambiental tem origem na maior parte das vezes na depressão da mãe. Dependendo do que vê no rosto-espelho materno, a criança extraí, em diferentes graus, a sensação de sentir-se real ou a vivência da precariedade de seu ser, a unificação ou a ameaça do caos, a abertura para o mundo ou o retraimento protetor, a capacidade de criar ou a submissão à realidade. Winnicott, em seguida, faz uma referência complexa às pinturas de Francis Bacon e a seus rostos distorcidos, que não abordarei aqui. E, *dado que é preciso ter sido olhado para existir*, como sempre em Winnicott, cabe ao terapeuta proporcionar o que a mãe não pôde oferecer. E disso tudo ele extraí nada menos do que uma *redefinição da psicoterapia*: mais do que interpretações astutas, é necessário saber, por vezes, *olhar para o paciente* de modo que ele baseie seu ser nesse reflexo de si mesmo, que ele descubra em que apoiar seu *Self* e se sentir real. Nesse artigo, o autor não utiliza os termos identificação, distúrbios narcísicos, transferência etc. Ele não questiona a validade do estágio do espelho de Lacan, cujo precursor seria em última instância o rosto materno; ele simplesmente se move em outra direção, em seu domínio, o espaço transicional mãe-filho.

2.4 A criatividade

A criatividade traz em si quase todos os principais conceitos de Winnicott. Ela não se assemelha em nada à sublimação freudiana da sexualidade, ou à reparação kleiniana. Ela faz parte do potencial inato e precisa, para se afirmar, da ilusão onipotente e da agressividade primária. Precisa

que cada pessoa aceite em si a coexistência do *elemento feminino puro*, que nos é transmitido pelo entrelaçamento originário com a mãe, e do *elemento masculino puro*, fruto da separação da mãe (Winnicott, 1986h/1988, pp. 43-60). A criatividade é fundamental para o processo de maturação. É antes de tudo *um modo de ser e de existir*, que não demanda talento especial, pois “pode-se olhar criativamente para uma árvore”, modo de existir que dá a sensação de que *a vida vale a pena ser vivida*. “A criatividade é, então, um *fazer* que é fruto de um *ser*”, e poderá ou não se tornar a confecção de um produto acabado concretizado em uma obra. A criatividade, quando incorporada à vida, é um indicador de boa saúde mental, mas “somos realmente muito pobres se somos apenas saudáveis”. Jan Abram, o grande intérprete de sua obra, sugere que, para Winnicott, a criação pode ser equiparada ao instinto de vida freudiano (Abram, 1996/2001). A criatividade é a versão adulta da brincadeira. “Brincar, afirma o autor, constitui o fundamento da experiência cultural” (Winnicott, 1971q/1975, pp. 145-152). Se um terapeuta não sabe brincar, isso significa que ele não serve para esse trabalho (Winnicott, 1971r/1975, pp. 75-90). Durante a terapia, o analista deve saber se entregar a um estado onde a forma e o tempo não existam, e se deixar levar pela incerteza, para poder aceitar a incoerência, o caos e o absurdo do paciente. Querer colocar ordem no caos e dar um sentido ao absurdo, acreditando ser um analista inteligente, é deixar de lado a atitude profissional (Winnicott, 1971r/1975, p. 76).

2.5 O *squiggle game*

Ao receber uma criança em seu consultório, Winnicott começa traçando espontaneamente um rabisco e pedindo à criança para fazer alguma coisa; e cada por sua vez acrescenta algo ao desenho do outro, para transformá-lo. Esta, que pode ser considerada uma técnica projetiva, é antes de tudo uma forma simples de entrar em contato com a criança, estabelecendo um “estar-com”, uma intimidade, um espaço comum de brincadeira e liberdade onde a criança é ativa. “é por isso □□ escreve Winnicott □□ que a relação das palavras ditas pela criança e pelo terapeuta tendem a soar verdadeiras. (...) E quase não se pode falar de técnica” (1971b/1971, p. 6). O *squiggle* é um espaço transicional entre a criança e o terapeuta: um evento ocorre porque é reconhecido pelo outro. Ele visa trazer à tona uma forma do informe, que a tradução francesa de “*gribouillis*” capta mal, e a possibilidade que dali surja um sentido. É uma brincadeira sem regras (uma *brincadeira*, não um *jogo*, apesar da denominação de *squiggle game*), onde o objetivo é se deixar *surpreender por aquilo que surge nos vestígios da presença do outro*. O gesto impulsivo se materializa no traçado, e outro movimento toma seu lugar para levar a uma ideia. A brincadeira é orientada por seu próprio

movimento em direção a algo que se descobre ao tentar dissimular. Nos casos clínicos, pode-se ver como a brincadeira evolui em direção a um detalhe significativo, a escritura do desejo, o ponto de angústia ou conflito que é o cerne do desenvolvimento, onde a criança permanece reprimida, e às vezes o ponto de onde surgem sonhos e pesadelos, a partir dos quais se pode iniciar o diálogo e a interpretação. O *squiggle* pode às vezes se tornar angustiante. Ele só funciona se a criança tem confiança na relação profissional oferecida pelo terapeuta. Como exemplo, poderia citar aqui, por sua simplicidade, o caso clínico de Iiro (1971d/1989, p. 266), um menino sueco de 9 anos com o qual Winnicott se comunica com a ajuda de um intérprete. A criança foi hospitalizada e operada muitas vezes por causa de sindactilia, ou seja, por ter os dedos das mãos e dos pés colados. Sua mãe em parte tem a mesma deformidade, e faz muita questão de que o filho seja operado. Já no primeiro *squiggle*, a criança desenha a pata palmada de um pato e fala de seu amor pelos patos; em seguida surge sob seu lápis uma enguia, animal primitivo sem braços, pernas ou dedos. O que se pode dizer, então, para além da culpa materna e de seu desejo de reparar o corpo do filho, é que Iiro precisa ter certeza de ser amado como ele é.

2.6 O *Self*

O *self* é um conceito confuso, pois o próprio Winnicott o usa com flexibilidade: às vezes é sinônimo de psique, às vezes do eu. Não coincide com nenhum dos tópicos freudianos. Não é o self da psicanálise americana e de Kohut. Não corresponde também à clivagem entre o *Eu* do enunciado e o Eu da enunciação de Lacan. Por meio do estudo de seus diferentes usos na língua inglesa, Pontalis (1977b, pp. 176-177) mostra que o próprio termo *self* não é traduzível e, mais do que isso, não pode ser traduzido como “si mesmo”. O termo latino *ipséité* lhe parece a única tradução adequada; daí, segundo ele, a dificuldade da psicanálise francesa diante desse conceito “pré-analítico”. Há um Falso *self* e um Verdadeiro *self*, que não designam dois tipos de personalidade, mas um par, uma *bipolaridade no seio de um mesmo indivíduo*. O Falso *self* dissimula o Verdadeiro *self* com vistas a protegê-lo. O Verdadeiro *self* é resultado do *processo de integração*, que unifica as experiências múltiplas e fragmentadas, e da *associação psicossomática*⁵, a capacidade de habitar o corpo. Segundo B. Dessain, o *self* responde ao aforismo de que *ele é a nossa natureza de ser cultural* (Dessain, 2007, p. 88), pois ele é a relação entre o corpo e o ambiente, e só surge em contato com o outro. É o advento do autoconhecimento fundado na continuidade do ser. O Verdadeiro *self* é o autor do gesto espontâneo e do pensamento pessoal. Para defini-lo, Winnicott recorre a Apolônio, personagem de *Hamlet*, de

⁵ Também chamada de “personalização” em referência à despersonalização psicótica.

Shakespeare: “Acima de tudo, sé fiel a ti mesmo. Disso se segue, como a noite ao dia, que não podes ser falso com ninguém” (1986e/1988, p. 94).

Existe um *self secreto*, ou, mais precisamente, *um núcleo secreto do self*, que está lá desde o nascimento, mas que só passa a existir se for protegido e isolado. Ele é “inacessível ao princípio da realidade e para sempre silencioso” (...) “porque os relacionamentos e comunicações significativos são silenciosos” (1965j/1970, pp. 151-168). É do núcleo secreto do *self* que emana o sentimento de ser real e “uma necessidade de não ser encontrado” que o analista deve respeitar. “No coração de cada pessoa existe um elemento de não comunicação que é sagrado, e cuja preservação é muito valiosa” (1965j/1970, p. 161). Se o *self* é, para retomar a expressão de B. Dessaïn, *onde se desenvolve o ser*, o núcleo secreto do *self* seria então uma espécie de tabernáculo do ser: “lá, a quietude está ligada ao silêncio” (1965j/1970, p. 161), escreve o autor. Nesse sentido, Winnicott reconhece o direito do paciente ao silêncio, que não deve ser interpretado como resistência, e “o direito de não ser descoberto”. A ideia é desafiadora para o terapeuta, que veria na confissão do paciente o seu instrumento de poder.

é preciso imaginar o Falso *self* como uma espécie de leque que, de um lado, é o *Falso Self normal* e, de outro, o *Falso Self patológico*. O Falso *self* normal, como a *persona* de Jung, é o nosso ser social civilizado e adaptado, que sabe fazer acordos, e atrás do qual o Verdadeiro *Self* se esconde. O Falso *Self*, de que trataremos agora, é o Falso *Self* patológico, que deu origem, dentro da nosografia psiquiátrica inglesa, às personalidades *As if*, literalmente *como se*, as patologias aparentemente normais. O Falso *Self* tem origem na submissão passiva ao ambiente, que afeta a integridade do ser. é uma forma de autoproteção que forja uma casca que isola e protege o núcleo autêntico, para assegurar-lhe a sobrevivência. O desenvolvimento do Falso *Self* é uma das estruturas defensivas mais bem-sucedidas. O sujeito poderá estar perfeitamente adaptado à sociedade à qual pertence, sob o aspecto do intelectual brilhante, do artista de renome, do *bon vivant* galanteador ou do trabalhador assalariado. Mas ele tem que lidar com suas experiências de irrealidade, de nulidade, com seus sentimentos *de futilidade* e de falta de sentido na vida. Se o *Self secreto* deve permanecer incognoscível, o objetivo da terapia é descobrir o Falso *Self*, em maior ou menor medida ocultado sob a aparente normalidade; mas ele pode colaborar bastante e por muito tempo com o analista, sem se deixar alcançar. O paciente perde então a chance de encontrar seu Verdadeiro *Self*. Winnicott cita repetidamente a frase de uma paciente: “Esconder-se é divertido, mas não ser encontrado é um desastre”.

2.7 A psicose segundo Winnicott

Corremos o risco de ficar desorientados diante da nosografia de Winnicott: primeiro, porque se trata da nosografia inglesa dos anos 1950 e 1960; em seguida, porque ele não utiliza sempre uma classificação rigorosa, que ele julga superficial e inadequada à infinita variedade de patologias humanas. Que eu saiba, não há em seus artigos nenhuma reflexão sobre a psicose maníaco-depressiva. Fiel aos kleinianos nesse ponto, ele se serve do conceito de *defesa maníaca contra a depressão* e da *posição depressiva* concebida como momento estrutural do desenvolvimento da criança. A depressão é integrada ao medo da dissolução. Mas ele abandona a *posição esquizo-paranoide* infantil de Klein em prol dos elementos paranoicos persecutórios em adultos e crianças. A psicose, para ele, é a esquizofrenia e a grande variedade de estados esquizoides e de *Falsos Selves* patológicos. Destaque-se, por fim, seu importante trabalho [1959] que não pretendo discutir aqui [] sobre a delinquência juvenil como “signo de esperança” e sobre as tendências antissociais (cf. Winnicott, 1968e/1988, pp. 130-144).

Se entendemos bem, a adaptação deficiente às necessidades da criança é traumática na fase de dependência absoluta. A *superproteção* e a *privação*, traduzida às vezes como *deprivação*, ou, dito de outra forma, o *excesso* ou a *escassez* são as duas figuras do trauma. A *superproteção* é uma invasão não elaborável que leva ao isolamento do *Self*; a *privação* provoca uma distorção psicótica da estrutura criança/ambiente. *Em vez de algo que poderia ter sido, nada aconteceu*: segue-se então uma dissolução no âmbito da confiança e a perda de esperança no devir. Em um pequeno artigo intitulado “Nada no centro”, ele descreve como uma paciente se mantém “em um centro vazio, um buraco, um nada, uma fome de tudo que pertence à totalidade de sua vida” (Winnicott, 1989vc[1959]/1989, p. 57).

A angústia mais primitiva é a de ter sido carregado de forma não segura. As rupturas de continuidade causam no bebê *?angústias de aniquilamento* que Winnicott descreve da seguinte forma: “temor de uma queda sem fim, de ficar em pedaços, de morrer, morrer, morrer (sic), perdendo toda a esperança de restabelecer o contato” (Winnicott, 1987a/1992, p. 121). A psicanálise das psicoses é concebida como um verdadeiro *Holding terapeuta/paciente*, que pode ser comparado à *Tragung*, a “sustentação” de que fala Binswanger. O elo de confiança estabelecido durante a terapia favorece a *regressão à dependência* e o afloramento de experiências arcaicas não verbais que é necessário acompanhar, mas sem interpretar. No início dos anos 1950, Winnicott teoriza o conceito de *regressão*, definida simplesmente como inversão na progressão do movimento natural de maturação. Ele acredita na possibilidade de corrigir a falha primária se o paciente possui a capacidade

latente de regredir. Num momento em que a comunidade psicanalítica considera os transtornos psicóticos como não analisáveis, ele precisa se defender das críticas: ele escreve que não induz a regressão, mas a acolhe quando esta surge, enquanto outros a impedem. *Se a regressão é perigosa, isto se deve à incapacidade do analista de aceitá-la* (Winnicott, 1955c[1954]/1969, pp. 223-230), conclui. Vale lembrar que uma década mais tarde, os antipsiquiatras ingleses R. Laing, D. Cooper, A. Esterson etc., a partir de uma teorização diferente, retomarão a regressão como terapia para pacientes esquizofrênicos do famoso hospital Kingsley Hall, que é descrita na obra notável de M. Barnes, “Viagem através da loucura” (1976).

A regressão à dependência leva o terapeuta a defender posições bem distantes da neutralidade benevolente. O *Holding*, mas até que ponto? Temos o testemunho de Margareth Little, uma de suas pacientes *borderline* ou psicótica, que mais tarde se tornou analista. Em seus momentos de maior regressão, Winnicott dobrava regularmente a duração das sessões (estamos falando de sessões que às vezes duravam três horas!), segurava-lhe as mãos e a cabeça, e dava-lhe café e biscoitos ao final de cada sessão. Ela diz também, sem entrar em maiores detalhes, que ele praticava um *Holding metafórico* com os pacientes neuróticos e um *Holding literal* com os outros (Quinodoz, 2005, pp. 204-208). Note-se, aliás, que, assim como Lacan, Winnicott é repreendido pelos organismos oficiais psicanalíticos de seu país *por causa da duração das sessões*: curtas demais as de Lacan, longas demais as de Winnicott.

Escrito em 1963, o artigo “Fear of breakdown” (“O medo do colapso”) tem um enorme impacto junto à comunidade psicanalítica. Note-se que o termo *Breakdown* em Inglês significa ao mesmo tempo ruptura, queda, colapso, depressão etc., e Winnicott reafirma essa polissemia. No contexto seguro da terapia, alguns pacientes manifestam o temor do aniquilamento. Pode ser o receio de *uma queda sem fim*⁶, o medo de se fragmentar, de se dissociar do corpo, de ficar desorientado e isolado, de não mais estabelecer relações objetais. Esse temor reflete o medo de que a estrutura defensiva do sujeito entre em colapso. Uma estrutura defensiva contra o quê? Contra uma agonia primitiva, ou seja, uma *experiência aflitiva extrema, uma angústia de aniquilamento impensável*, no limite daquilo que um ser humano é capaz de sentir, e para a qual a palavra angústia não é aqui forte o bastante⁷. Winnicott considera a psicose e os estados *borderline* como *uma defesa contra essa agonia primitiva*. O colapso temido é o da unidade do *Self*. Tais agonias primitivas, sugere

⁶ Pode-se pensar aos sonhos de queda estudados por L. Binswanger (1971), queda para a qual ele dá, assim como para a ascensão, um sentido de direção (Chamond, 2004).

⁷ Para um de seus tradutores, M. Gribinski, o termo francês “agonia” é um falso cognato, por isso ele prefere o termo “angústia dilacerante”. Mas a tradução literal parece ter sido adotada em definitivo. Cf. Gribinski (Cyssau & Villa, 2006).

o autor, poderiam ser, em diferentes graus de intensidade, um fenômeno universal da primeira infância, pelo qual em maior ou menor grau todos teríamos passado. Mas, sobretudo â© novo paradoxo –, o medo do colapso, expresso como uma possibilidade futura, *já teve lugar no passado*, mas o paciente não sabe. Há como que uma grande ressaca da temporalidade, que assenta o futuro sobre o passado arcaico. O *Breakdown* ocorreu sem ter encontrado um lugar psíquico onde se apoiar, porque o eu era muito imaturo para transformar o choque em experiência. Há um buraco, um vazio de experiência, uma não experiência, o vestígio incompleto de uma memória amnésica. *Ocorreu algo que não ocorreu. Algo teve lugar sem lugar.* Não se trata de um trauma enterrado na memória e reprimido, como na histeria ou na cisão do ego: “*Aquilo que escapa a qualquer possibilidade de memorização está no vazio do ser*”, afirma Pontalis em seu famoso prefácio de “O brincar e a realidade”, descrevendo o paradoxo dessa agonia primitiva que só pôde existir como negação, na falta de um lugar psíquico onde repousar. “Nada aconteceu quando poderia ter acontecido”, diz Winnicott. Esse *nada*, no entanto, está na origem dessa construção defensiva que é a psicose. Estamos aqui no limite do analisável, e o que determina a psicose lhe escapa. A intervenção do terapeuta visa restaurar a temporalidade do colapso: ele deve verbalizar ao paciente que o medo do aniquilamento que prejudica sua vida não deve mais ser temido no futuro, porque já ocorreu no passado. A experiência original de agonia primitiva só pode ser deixada para trás se o eu puder primeiro deixá-la entrar em sua própria experiência do tempo presente, observa Winnicott. Revivenciar a agonia primitiva durante a terapia, com o apoio ativo do analista, permite um novo resultado. Vamos medir a importância epistemológica de tal reflexão. Winnicott amplia sua importância devido ao *medo da loucura* e ao *medo da morte*, aqui entendidos novamente como vestígio de uma agonia arcaica. O medo da loucura (Winnicott, 1989vk[1965]/1989, pp. 217-230) reflete a *necessidade temporária de ser louco* no contexto terapêutico. O analista deverá, então, enfrentar uma situação de *transferência delirante* que o coloca na posição de perseguidor. O autor destaca novamente a inutilidade de analisar as defesas contra a ansiedade, e a necessidade de atingir o próprio cerne dessa angústia na esperança de superá-la. O aniquilamento diz respeito também ao medo da morte, “pois não é necessário modificar muito a tese do medo da dissolução para transferi-la ao medo da morte”. Em alguns pacientes, a busca compulsiva da morte responde à necessidade de retornar à ruptura do sentimento de continuidade da linha da vida para experimentá-lo enfim, para tentar recuperar pelo suicídio o controle de um aniquilamento que já ocorreu. Trazer à tona o que, de certa maneira, não pôde aflorar. “Muitos são os homens e mulheres que passam a vida se perguntando se a solução é o suicídio, ou seja, levar seus corpos à morte que já ocorreu na psique”, observa Winnicott. E acrescenta:

Eu comprehendo agora pela primeira vez o que queria dizer minha paciente esquizofrênica (que se suicidou), quando dizia: “Tudo o que lhe peço é que me ajude, para que eu me suicide pela razão verdadeira e não pela falsa”. Eu não consegui fazê-lo, e ela se suicidou em desespero de causa. Seu objetivo, tal como o vejo agora, era conseguir que eu lhe dissesse que ela tinha morrido na infância. Com base nisso, acho que ela e eu poderíamos tê-la colocado em posição de adiar sua morte até que a velhice cobrasse sua dívida. (Winnicott, 1974, p. 41)

3. Caso clínico

Trata-se de Philippe de 20 anos, internado em um hospital psiquiátrico desde os 15 anos de idade e diagnosticado como esquizofrônico paranoide. Um dia, sem que pudéssemos compreender a razão, ele entrou em um momento de “depressão psicótica”, onde o delírio dá lugar à ansiedade experimentada à flor da pele, que se exprime pelo medo da asfixia. Note-se que faz frio e o paciente não é asmático. Sua respiração é curta e ofegante, seu rosto está vermelho, e ele literalmente transpira de ansiedade; ele abre a janela em busca de um pouco de ar, e quase não consegue mais falar. Ela nos diz apenas, com a voz embargada, que está sufocando e nos pede desesperadamente uma máscara de gás para salvá-lo. Temos a impressão de que ele está prestes a sufocar em sua angústia e que ele vai morrer. Junto com dois enfermeiros, decidimos ficar com ele, para respirar com ele, ao seu lado, em torno dele... Devido à urgência, obedecendo à necessidade premente, inventamos, de maneira totalmente empírica, o que eu chamaria hoje de um *Holding respiratório*, visando apoiar sua respiração ofegante, sincronizando-a com a nossa. E, de fato, depois de algumas horas, Philippe se acalma. Ao fim do dia, ele respira normalmente, está mais calmo e não transpira mais. Consegue falar de novo e não fala mais de sua angústia de sufocar. Exausto, ele adormece. Nos dias seguintes, ele irá retornar gradualmente ao seu registro habitual de funcionamento paranoide, à sua vivência de perseguição, de forma moderada. O dano é o menor possível. E esse episódio não irá se repetir. Na noite daquele dia difícil, consulto seu prontuário médico e encontro uma observação que me havia passado despercebida: alguns anos antes, sua mãe havia dito a um interno que Philippe tivera asfixia ao nascer, quase morreu e foi reanimado com um equipamento de oxigênio. Ele não parece ter sofrido sequelas em seu desenvolvimento neurovegetativo. Mas, na verdade, esse medo de sufocar, ele já o havia vivenciado no momento do nascimento. Essa “máscara de gás” que ele nos pedia, ele já a havia recebido ao vir ao mundo, e ela salvava a sua vida.

Claro que o contexto não é o mesmo do *Breakdown* descrito por Winnicott. O medo de sufocar de Philippe emerge na presença da urgência absoluta, em um momento de colapso em que, ao que parece, os mecanismos de projeção não funcionam mais. A angústia é vivida fora da mente, no corpo,

e sua intensidade dificulta o reflexo básico da respiração, com essa experiência de quase-morte. é a primeira vez que me deparo com uma angústia semelhante e um paroxismo tal. Eu entendo isso como o regresso possível da asfixia do nascimento, como *vestígio dessa agonia primitiva*. Diga-se, por fim, que eu reencontrei recentemente por várias vezes nos textos de Winnicott a noção de *Holding respiratório*: a respiração do terapeuta pode conter o paciente, garantindo a continuidade da linha da vida.

Para concluir, provisoriamente, talvez seja bom lembrar que os psicanalistas acreditam que só podemos entender, tratar e pensar a loucura a partir de um vazio pessoal, de uma omissão fundamental, de uma falha íntima ou de uma dor secreta de onde se originariam nossas pulsões epistemológicas e reparadoras. Assim, alguns deles se perguntam por que, já que Winnicott foi o primeiro a perceber tais abismos no ser humano, ele lhes deu esse terrível nome de agonia primitiva. Mas *por que* é a questão dos psicanalistas e *como* a questão dos fenomenólogos. Esse *como* nos remete a todos os criadores que tentaram explicar a falha original do mundo e a dor inimaginável: ao ler Blanchot, é *a partir de um ponto de ausência e de vazio* que se desenvolvem as obras de Hölderlin, Mallarmé, Artaud e de tantos outros que tentaram fazer *suas escrituras do desastre*. Aqui, podemos citar uma última vez Winnicott: “Se o que eu digo tem alguma verdade, os poetas certamente já terão falado a respeito”.

Referências

- Abram, J. (2001). *Le langage de Winnicott. Dictionnaire explicatif des termes winnicottiens* (C. Athanassiou Popesco, Trad.). Paris: Popesco. (Trabalho original publicado em 1996)
- Assoun, P.-L. (2006). In C. Cyssau F.Villa, *La nature humaine à l'épreuve de Winnicott*. Paris: PUF.
- Barnes, M. (1976). *Voyage à travers la folie*. Paris: Seuil.
- Binswangen, L. (1971). Le rêve et l'existence. In *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris: Minuit.
- Blankenburg, W. (1991). *La perte de l'évidence naturelle*. Paris: PUF.
- Chamond, J. (1999). Composantes basales de la confiance et rapport au monde. L'apport de la phénoménologie à la psychopathologie. *L'Information Psychiatrique*, 75(3), 245-251.
- Chamond, J. (2004). *Les directions de sens. Phénoménologie et psychopathologie de l'espace vécu*. Paris: Le cercle herméneutique.
- Cyssau, C. & Villa, F. (2006). *La nature humaine à l'épreuve de Winnicott*. Paris: PUF.
- Davis, M & Wallbridge, D. (2002). *Winnicott, introduction à son oeuvre*. Paris: Quadrige.

- Dessain, B. (2007). *Winnicott, illusion ou vérité. Des conditions de possibilités à l'avènement du sujet.* Bruxelles: De Boeck Université.
- Duparc, F. (2005a). Le père chez Winnicott (est-il “suffisamment bon”?). In *Monographie de psychanalyse, Winnicott insolite.* Paris: PUF.
- Duparc, F. (2005b). L'objet transitionnel: un complexe. In *Winnicott en quatre squiggles.* Clamecy: Editions in Press.
- Green, A. (1983). La mère morte. In *Narcissisme de vie narcissisme de mort.* Paris: Minuit. (Trabalho original publicado em 1980)
- Green, A. (2005a). *Jouer avec Winnicott.* Paris: PUF.
- Green, A. (2005b). L'aura de Winnicott. In F. Duparc (Ed.), *Winnicott en quatre squiggles.* Paris: Press Editions.
- Lacan, J. (1994). *Le séminaire, livre IV: la relation d'objet.* Paris: Seuil.
- Pontalis, J. B. (1977a). *Entre le rêve et la douleur.* Paris: Tel Gallimard.
- Pontalis, J. B. (1977b). Naissance et reconnaissance du “soi”. In *Entre le rêve et la douleur.* Paris: Tel Gallimard.
- Quinodoz, D. (2005). Holding: porter dans mes bras ou porter dans mon esprit? In *Winnicott en quatre squiggles.* Clamecy: Editions in Press.
- Rabain, J. F. (2004). L'arbre de Winnicott. “Ma mère sous l'arbre pleure”. In J. B. M.-C. Durieux (Ed.), *Monographie de Psychanalyse de la Revue Française de Psychanalyse, Winnicott insolite.* Paris: PUF.
- Roussillon, R. (1999). Actualité de Winnicott. In R. Roussillon, *Le Paradoxe de Winnicott.* Paris: Press Editions.
- Winnicott, D. W. (1969). La capacité à être seul. In D. Winnicott (1969/1958a), *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958g[1957]
- Winnicott, D. W. (1969). La préoccupation maternelle primaire. In D. Winnicott (1969/1958a), *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958n[1956]
- Winnicott, D. W. (1969). Repli et régression. In D. Winnicott (1969/1958a), *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 1955[1954]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1955c[1954]

- Winnicott, D. W. (1969). La théorie de la relation parent-nourrisson. In D. Winnicott (1969/1958a), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 1960; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1960c)
- Winnicott, D. W. (1970). De la communication et de la non-communication, suivi d'une étude sur certains contraires. In D. Winnicott (1970/1965b), *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965j)
- Winnicott, D. W. (1971). *La consultation thérapeutique de l'enfant*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971b)
- Winnicott, D. W. (1974). La crainte de l'effondrement. *La Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11, 35-44. (Trabalho original publicado em 1974; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1974)
- Winnicott, D. W. (1975). L'activité créatrice et la quête du soi. In D. Winnicott (1975/1971a), *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971r)
- Winnicott, D. W. (1975). La créativité et ses origines. In D. Winnicott (1975/1971a), *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971g)
- Winnicott, D. W. (1975). Le lieu où nous vivons. In D. Winnicott (1975/1971a), *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971q)
- Winnicott, D. W. (1975). La localisation de l'expérience culturelle. In D. Winnicott (1975/1971a), *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1967; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1967b)
- Winnicott, D. W. (1975). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In D. Winnicott (1975/1971a), *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1953; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1953c)
- Winnicott, D. W. (1975). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In D. Winnicott (1975/1971a), *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1967; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1967c)
- Winnicott, D. W. (1988). Le concept de faux self. In D. Winnicott (1988/1986b), *Conversations ordinaires*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1986; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1986e)

- Winnicott, D. W. (1988). La délinquance, signe d'espoir. In D. Winnicott (1988/1986b), *Conversations ordinaires*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1968; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1968e)
- Winnicott, D. W. (1988). *Lettres vives*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1987; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1987b)
- Winnicott, D. W. (1988). Vivre créativement. In D. Winnicott (1988 /1986b), *Conversations ordinaires* (B. Bost, trad.). Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1986; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1986h)
- Winnicott, D. W. (1989). La crainte de la folie. In D. Winnicott (1989/1989a), *La crainte d l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989vk[1965])
- Winnicott, D. W. (1989). La localisation de l'expérience culturelle. In D. Winnicott (1989/1989a), *La crainte d l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1989; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989r)
- Winnicott, D. W. (1989). Rien au centre. In D. Winnicott (1989/1989a), In *La crainte d l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1989; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989vc)
- Winnicott, D. W. (1989). Sur le corps et le self. In D. Winnicott (1989/1989a), In *La crainte d l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971d)
- Winnicott, D. W. (1989). Sur D.W.W. par D.W.W. In D. Winnicott (1989/1989a), In *La crainte d l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1989; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989f)
- Winnicott, D. W. (1990). *La nature humaine*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1988; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1988)
- Winnicott, D. W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 1987; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1987a)
- Winnicott, D. W. (1992). La communication entre le nourrisson et sa mère, et la mère et le nourrisson: comparaison et contraste. In D. Winnicott (1992/1987a), *Le bébé et sa mère*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1968; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1968d)