

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Jaqueline Cristina Salles

Memória da presença e memória da ausência em Winnicott

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2016

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Jaqueline Cristina Salles

Memória da presença e memória da ausência em Winnicott

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinariedade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Conceição Fonseca-Silva.

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2016

Salles, Jaqueline Cristina
Sa347m **Memória da presença e memória da ausência em Winnicott** ; orientador
Maria da Conceição Fonseca-Silva; Jaqueline Cristina Salles- Vitória da
Conquista, 2016.
106 f.

Dissertação (Mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade). - Programa de
Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. Universidade Estadual do
Sudoeste da Bahia, 2016.

1. Winnicott. 2. Teoria do Amadurecimento. 3. Memória da presença. 4.
Memória da ausência 5. Clínica Psicanalítica . I. Fonseca-Silva, Maria da
Conceição. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. IV. Título.

Título em inglês: Memory of presence and Memory of absence in Winnicott

Palavras-chaves em inglês: Winnicott. Theory of Personal Maturing. Memory of presence.
Memory of absence. Psychoanalytic clinic.

Área de concentração: Multidisciplinaridade em Memória

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas

Titulação: Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade

Banca Examinadora: Profa. Dra. Maria da Conceição Fonseca-Silva (Orientadora); Profa. Dra.
Edvania Gomes da Silva (titular); Profa. Dra. Caroline Vasconcelos Ribeiro (titular).

Data da Defesa: 29 de fevereiro de 2016

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e
Sociedade

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jaqueline Cristina Salles

Memória da Presença e Memória da Ausência em Winnicott.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

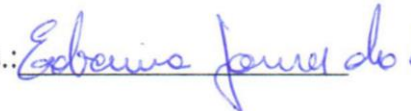
Data da aprovação: 29 de fevereiro de 2016.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. M^a da Conceição Fonseca-Silva
(Presidente)
Instituição: UESB

Ass.: 

Profa. Dra. Edvania Gomes da Silva
Instituição: UESB

Ass.: 

Profa. Dra. Caroline Vasconcelos Ribeiro
Instituição: UEFS

Ass.: 

*Dedico este trabalho ao meu companheiro da vida,
Edson e a toda criança que 'habita' cada um de nós.*

A memória é o fundamento do humano.
(Gilberto Safra)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer inicialmente ao Programa de pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade e à UESB pela oportunidade de realização deste importante percurso na minha vida com o mestrado.

À CAPES, sem a qual a pesquisa e a essencial dedicação e empenho que esta exige não seria realizado.

Um agradecimento especial à Profa. Dra. Maria Conceição, pelo acolhimento e confiança na realização desta pesquisa. Ela foi fundamental para a condução da minha problemática de pesquisa e condução do processo. Meu muito obrigada!

Agradeço também ao Prof. Dr. Jorge Miranda, que mesmo não concluindo este processo comigo, também foi receptivo e atento às minhas questões no período em que trabalhamos juntos.

Um forte agradecimento à Profa. Dra. Caroline Ribeiro, que em pouco tempo pôde se tornar para mim uma figura importante nos estudos sobre Winnicott, e sempre disponível e atenciosa.

Aos membros da Banca de Qualificação: Profa. Dra. Edvania Gomes da Silva, Profa. Dra. Tania Rocha Andrade e Profa. Dra. Caroline Ribeiro, pela leitura criteriosa e pelas valiosas observações e sugestões.

Aos membros da Banca de Defesa, Prof. Dra. Edvania Gomes da Silva Profa. Dra. Caroline Ribeiro, por terem aceitado o convite e pela leitura criteriosa da versão final levada à defesa.

Aos professores do programa, pela caminhada, descobertas e discussões sobre este terreno tão fértil e promissor que são os estudos sobre a memória. Um agradecimento especial ao Prof. Dr. Edson Silva de Farias, por nos provocar a pensar, a discutir e compreender que nenhum conhecimento ou teoria são dados. Pelo caminho árduo da construção e desconstrução que muito me ensinou.

Meu agradecimento também às queridas Andréa, Vilma e Tâmara, que nos auxiliam na secretaria do PPGMLS e cuidam para que as atividades do Programa ocorram da melhor maneira possível.

Meu muito obrigada ao meu companheiro, marido e amigo Edson, que soube entender e me acompanhar nesta empreitada, pela força, confiança, amor e cuidado de sempre! Obrigada por ser *presença* na minha vida!

Aos meus pais, por estarem ao meu lado sempre. Por serem presença viva no meu coração, por me permitirem caminhar, voar e apostarem em mim. Amo vocês, para sempre!
Meu agradecimento aos meus irmãos, que estão sempre comigo.

Aos amigos daqui, de lá e de tão longe... Obrigada pela ajuda técnica, pelo auxílio, pela força, pela amizade descoberta e pelo companheirismo que torna tudo mais leve e possível.

E por fim, e não menos importante, meu agradecimento à Vida e a Deus, que estão sempre cuidando de mim, me ensinando e me lapidando nas alegrias, nas tristezas, nos encontros e desencontros, enfim no meu amadurecer.

RESUMO

Nesta dissertação, apresentamos resultados da pesquisa que nos levou a problematizar se há um conceito de memória na teoria do amadurecimento de Winnicott; e, se sim, que memória é essa que perpassa a clínica de Winnicott, sua teoria e prática. Defendemos a hipótese de que todo processo de amadurecimento postulado por Winnicott e as possíveis falhas ambientais produtoras de adoecimento apontam para a existência de um funcionamento de memória subjacente aos seus conceitos. Defendemos, portanto, de um lado, que, por meio da permanência dos cuidados e da oposta e prejudicial ausência destes em períodos insuportáveis para o bebê, existe o funcionamento de uma experiência não verbal, não representada, que denominamos de **memória da presença**, e que o acompanha, de modo não consciente, seu existir no decorrer da vida; e, de outro lado, que, por meio das falhas no ambiente na adaptação às necessidades do bebê, há um funcionamento de uma marca que caracteriza o adoecimento emocional, resultado da persistência do que denominamos de **memória da ausência**, que é sentida pelo bebê na falha do *ambiente bom*, tornando-o incapaz de realizar os processos fundamentais para a constituição da psique e a vivência de um *self* integrado. Na pesquisa, utilizamos o método da pesquisa bibliográfica, por meio da qual identificamos e analisamos as principais obras que tratam da questão do amadurecimento, base da teoria de Winnicott; textos nos quais ele aborda a questão do trauma e da regressão; e importantes obras de comentadores. Os resultados indicaram o funcionamento de uma *memória da presença*, importante para a constituição da psique na experiência de *ilusão de onipotência*, parte da complexa experiência de integração na fase de *dependência absoluta*. Indicaram também o funcionamento de uma *memória da ausência*, que se dá pela ausência da experiência de ilusão, constituída pela maternagem *suficientemente boa*, impossibilitando a constituição de uma psique integrada, portanto fonte de adoecimento.

Palavras-Chave: Winnicott. Teoria do Amadurecimento. Memória da presença. Memória da ausência. Clínica psicanalítica.

ABSTRACT

In this thesis, we present the results of a research that led us to question whether there is a concept of memory on Winnicott's theory of maturation; and, if so, what is this memory that permeates Winnicott's clinic, his theory and practice. We defend the hypothesis that the whole maturing process postulated by Winnicott, and its possible environmental failures responsible for illness, point out to the existence of an underlying working memory to his concepts. We therefore advocate on one hand, that, through the permanence of care and its opposite and damaging absence in intolerable periods for the baby, there is the operation of a non-verbal experience, not represented, we call it **the memory of presence**, and that accompanies it, not consciously, his existence in the course of life; and on the other hand, that, through failures in the environment to adapt to the needs of the baby, there is a trace which characterizes the emotional illness as a result of the persistence of what we call the **memory of absence**, which is felt by the baby in the lack of a *good environment*, which makes him/her unable to carry out the fundamental processes for the constitution of the psyche and the experience of an integrated *self*. In this research, we used the bibliographic research method, through which we identify and analyze the major works dealing with maturing, which are the basis for Winnicott's theory; texts in which he addresses the issue of trauma and regression; also the important works of commentators. The results indicated an operation for a *memory of presence* important for the constitution of the psyche in the *omnipotence illusion* experience, part of the complex experience of integration in the stages of absolute dependence. It also indicated the operation of a *memory of absence*, which is given by the absence of an illusion experience, constituted by a *sufficient good* mothering, making it impossible to establish an integrated psyche, therefore, a source of illness.

Keywords: Winnicott. Theory of Personal Maturing. Memory of presence. Memory of absence. Psychoanalytic clinic.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PENSANDO O PROBLEMA DE PESQUISA	11
1.2 MATERIAIS E MÉTODOS	24
1.3 ORGANIZAÇÃO DOS CAPÍTULOS	25
2 MEMÓRIAS DO NASCIMENTO E <i>MEMÓRIA DA PRESENÇA</i>: O ENCONTRO COM WINNICOTT	27
2.1 NASCIMENTO E MEMÓRIA	27
2.2 MEMÓRIA DA PRESENÇA E DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL	37
2.2.1 A dependência absoluta e a <i>memória da presença</i>	40
2.2.2 A dependência relativa	54
2.2.3 Rumo à independência	60
3 <i>MEMÓRIA DA AUSÊNCIA</i>: AS FALHAS NO CONSTITUIR-SE	63
3.1 PSICOPATOLOGIA WINNICOTTIANA	64
3.1.1 Neurose	65
3.1.2 Psicose	65
3.1.3 Casos Fronteiriços	75
3.1.4 A doença como falha na conquista do amadurecimento	78
4 <i>MEMÓRIA DA PRESENÇA E MEMÓRIA DA AUSÊNCIA NO SETTING ANALÍTICO</i>	80
4.1 REGRESSÃO E <i>MEMÓRIA DA PRESENÇA</i> EM PACIENTES NEURÓTICOS	84
4.2 REGRESSÃO E <i>MEMÓRIA DA AUSÊNCIA</i> EM PACIENTES NÃO-NEURÓTICOS	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	109

1 INTRODUÇÃO

1.1 PENSANDO O PROBLEMA DA PESQUISA

Por que estudar memória e subjetividade? Na atualidade, cada vez mais nos deparamos com sofrimentos e adoecimentos emocionais que nos levam a questionar e problematizar diferentes formas de abordagem e compreensão dos modos de sofrimento do humano. Percebe-se cada vez mais a impossibilidade de separarmos os adoecimentos das condições em que estes são produzidos. Compreendemos que o ambiente e as relações criadas a partir do ambiente, no tocante a questões econômicas, sociais, culturais e familiares, não podem ser isolados das formas de adoecimento emocional. Adoecer está implicado nas relações que cada indivíduo está sujeito ou pode estabelecer dentro destes contextos. Partindo da premissa de que o desenvolvimento e crescimento humano se dão sempre em relação ao ambiente nos seus mais diferentes arranjos, desde o mais próximo das relações afetivas na família aos demais campos da vida social, nos deparamos com a necessidade de compreender de que modo a memória participa deste processo e, especificamente, da constituição do *si mesmo*, ou seja, do *self*¹, do modo como cada um se sente e se percebe subjetivamente.

Os estudos sobre a memória e a possibilidade de compreendê-la em seu modo de funcionamento em diferentes contextos teóricos e práticos nos levaram a problematizar e a nos perguntar se haveria um conceito de memória nos postulados teóricos da Psicanálise de Donald W. Winnicott, um campo promissor para nossos questionamentos, visto que,

[...] o que caracteriza seu pensamento, além de sua rejeição total à objetificação do ser humano, não é, em absoluto, a recusa de toda e qualquer teorização, mas a rejeição a teorias fechadas, definitivas e inquestionáveis, passíveis de serem transformadas em dogmas (DIAS, 2003, p. 52).

Winnicott foi um psicanalista inglês que se dedicou especialmente ao trabalho com a clínica infantil tanto na pediatria quanto na psicanálise. Seus estudos e todo seu construto teórico foram construídos a partir de sua prática de atendimento e pesquisa em mais de 40 anos, realizadas por meio da abordagem metodológica empreendida por Freud do registro e observação dos seus casos (Dias, 2003). Segundo Abram (1996, p. 1), “entre os anos de 1931

¹ Conforme Abram, (1996, p. 220), “para Winnicott, o termo **self** apresenta-se essencialmente como uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente, sendo o “sentir-se real” o que coloca no centro do sentimento de **self**. Em termos de desenvolvimento o **self** tem sua origem como um potencial do recém-nascido; a partir de um ambiente suficientemente bom, desdobra-se em um **self** total, isto é, em uma pessoa capaz de estabelecer a distinção entre eu e não-eu” .

e 1970 Winnicott escreveu mais de 600 trabalhos. Alguns foram teóricos e escritos para seus colegas psicanalistas, mas muitos constituíram-se de debates e apresentações endereçadas a um amplo espectro de grupos e organizações”.

Em sua prática clínica psicanalítica, Winnicott (1979) logo percebeu que havia crianças e bebês em profundo sofrimento emocional antes mesmo de vivenciarem as angústias referentes ao complexo de Édipo, como postula a psicanálise clássica. Ao tratar a questão da dependência do ambiente, afirma que ao desenvolver “a ideia da dependência absoluta na mais tenra infância, proponho uma nova maneira de examinar a classificação das doenças mentais” (WINNICOTT, 1983, p. 16). Ele notou que ainda no berço, na relação entre o bebê e a mãe (cuidador), havia fontes de sofrimento que prejudicavam e perduravam em todo desenvolvimento humano.

Diferentemente de Freud, que “lida com a natureza humana em termos de economia”, de aparelho psíquico, (WINNICOTT, 1958a, p.20), para Winnicott a natureza humana tem particularidades inalcançáveis pela ciência pura, o que implica dizer que “não se pode pensar o ser humano a partir das categorias formuladas para o estudo dos entes naturais e mensuráveis” (DIAS, 2003, p.39). Problematiza assim novos métodos de pesquisa, ao lidar com seus pacientes e observar a relação entre bebês e suas mães, e a sua prática clínica ancorada na experiência vivida no encontro entre terapeuta e paciente, por exemplo, os quais apontam que “o contato pessoal, longe de contrariar a exigência de rigor e objetividade da observação, exatamente a possibilitava” (DIAS, 2003, p. 41).

Conforme Loparic (1999, p. 8), na teoria freudiana, o inconsciente reprimido, seria a fonte dos distúrbios psíquicos, visto que estes “podem ser vistos como lacunas nas cadeias de atos conscientes”, as quais devem ser retomadas, preenchidas a fim de restabelecer a ordem psíquica. Estas lacunas são retomadas no trabalho clínico, por meio da comunicação verbal entre analista e paciente. Por meio da associação livre, o “analista vê-se diante da tarefa de achar os elos temporais e causais perdidos. Ele não os busca na consciência, mas no inconsciente, domínio de estados psíquicos gerados pela repressão, chamado de ‘inconsciente dinâmico’” (LOPARIC, 1999, p. 8).

Deste modo, a clínica freudiana tem na verbalização dos conteúdos inconscientes e consequente interpretação destes a chamada cura, modo pelo qual ocorre o “restabelecimento da boa ordem e da continuidade temporal e causal nas cadeias psíquicas mediante o preenchimento, na situação específica da transferência, das lacunas pelos elos inconscientes que faltavam” (LOPARIC, 1999, p.8).

Winnicott (1963b), entretanto, diferencia o inconsciente geral, do inconsciente reprimido, presente na neurose e que seria um aspecto especial do inconsciente geral, reconhecendo assim a necessidade de outros modos de abordagem das doenças emocionais. Segundo o autor, o inconsciente geral é,

[...] o depositário das áreas mais ricas do *self* da pessoa, o inconsciente reprimido é o cofre em que se guarda (a um grande custo, em termos de economia mental) o que é intolerável e está além da capacidade do indivíduo de absorver como parte de seu eu e de sua experiência pessoal. O inconsciente propriamente dito pode ser alcançado em sonhos e contribui fundamentalmente para todas as experiências mais significativas do ser humano; em contrapartida, o inconsciente reprimido não está liberado para seu uso e aparece somente como uma ameaça ou fonte de reações formativas (WINNICOTT, 1963b, p. 197).

Deste modo, na perspectiva winnicottiana, o inconsciente não se constitui somente da repressão, visto que há um inconsciente não-verbalizável e “não-acontecido”, anterior à qualquer possibilidade de repressão, e experienciado, especialmente, nos casos de pessoas que não tiveram a oportunidade da provisão ambiental que possibilita a constituição do *eu* inteiro (LOPARIC, 1999, p. 17). Ainda, conforme Loparic (1999),

[...] o inconsciente reprimido é uma formação relativamente tardia que 1) não explica o surgimento de doenças psíquicas mais graves, as psicoses, 2) não determina nem mesmo a sexualidade humana, 3) não determina o destino da pessoa humana, 4) não é o referente satisfatório para entender a vida e a criatividade cultural (LOPARIC, 1999, p. 16).

O inconsciente reprimido, assim só seria possível estabelecer-se naqueles que tiveram a chance de constituírem-se como um *eu* separado do ambiente, ou seja, os neuróticos. Esta é uma mudança importante operada por Winnicott (1971), visto que para alguns pacientes, a necessidade é exatamente a da não-comunicação verbal, o que deverá ser sustentado pelo analista. Segundo o autor,

[...] a associação livre que revela um tema coerente já está afetada pela ansiedade, e a coesão das idéias é uma organização defensiva. Talvez seja necessário aceitar que alguns pacientes precisam às vezes que o terapeuta possa observar o absurdo próprio ao estado mental do indivíduo em repouso, sem a necessidade, mesmo para o paciente, de comunicar esse absurdo, o que equivale a dizer, sem que o paciente tenha necessidade de organizar o absurdo. O absurdo organizado já constitui uma defesa, tal como o caos organizado é uma negação do caos. O terapeuta que não consegue receber

essa comunicação, empenha-se numa tentativa vã de descobrir alguma organização no absurdo, em consequência de que o paciente abandona a área do absurdo, devido à desesperança de comunicá-lo (WINNICOTT, 1971, p. 92).

Nesta perspectiva, Loparic (1999) afirma que:

A psicanálise winnicottiana, na medida em que trata do não-acontecido, não concerne, portanto, nem o recalcado, nem o inconsciente. Trata de agonias do ser e do não-ser, que Winnicott corretamente denomina de "impensáveis". É desse tipo de mal que sofre o psicótico winnicottiano, *não* de *reminiscências*. É contra traumas que o fazem *agonizar* que são erigidas as defesas psicóticas (as psicoses). Se o inconsciente *agônico* não é comunicável, isso não se deve ao fato de sua verbalização ser censurada, mas ao fato de ela não poder ser feita. Para tanto, deveriam ter acontecido muitas coisas que justamente não aconteceram, entre elas a comunicação primária pré-verbal com a mãe (LOPARIC, 1999, p. 17).

Assim, é por meio do ambiente previsível ao bebê que ele pode realizar seu gesto em direção ao mundo, gesto acolhido e reconhecido pela mãe ao adaptar-se às necessidades do bebê. Esse modo de relação promove a *continuidade de ser* do bebê, que paulatinamente, na relação com o ambiente materno poderá integrar-se como um *eu*, capaz de alcançar a realidade como externa a ele e constituir-se como alguém real. Sem estas condições a vida não tem sentido próprio, não é acontecimento. Para Winnicott (1971, p. 185), “sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se, para relaxamento”.

Safra (2004, p. 40) também pontua que Winnicott colaborou com a Psicanálise especialmente por “apontar que o trabalho com as questões psíquicas teria de ser precedido pelo acontecimento, que possibilita ao indivíduo um início de si. É preciso *ser*, para então desejar e relacionar-se”, por isso construiu por meio seu trabalho clínico-teórico uma perspectiva clínica empenhada na experiência da relação terapêutica, privilegiando o afeto e a relação (como necessidades que fundam o existir) mais do que a teorização isolada. Pois, a teorização por si só isola o indivíduo do sofrimento encarnado, da experiência corporal, temporal e inter-humana que comporta o outro.

Safra (2005) afirma que, para Winnicott,

[...] o *self*² é visto muito mais como um conceito fenomenológico em que o caráter experiencial é enfatizado. Cada nova experiência muda a posição da pessoa no mundo, na relação com outros. Ou seja, a cada gesto há um reposicionamento do horizonte existencial da pessoa (SAFRA, 2005, p. 23).

Sendo assim, a *dependência* do bebê em relação ao ambiente emocional, não somente físico é um dos fundamentos da teoria winnicottiana. Inicialmente, na relação mãe-bebê, condição indispensável para tornar-se um indivíduo, visto que “os lactentes humanos não podem começar a ser exceto sob certas condições” [...] “eles vêm a ser de modo diferente conforme as condições sejam favoráveis ou desfavoráveis” (WINNICOTT, 1960a, p. 43). Winnicott percebe assim a sutileza deste momento da vida, no qual o bebê começa a *ser* a partir da relação com a mãe, ainda sem diferenciar o que é a mãe-ambiente e o que é o bebê, relação que se constrói numa comunicação sem falas. Afirma, “não é inútil pensar na infância como a fase anterior à apresentação das palavras e o uso das palavras como símbolos” (1960a, p. 41), pois, esta é uma fase em que “o infante (lactente) depende do cuidado materno que se baseia na empatia materna mais do que na compreensão do que é ou poderia ser verbalmente expresso” (1960a, p. 41).

É importante salientar que, embora dependente do ambiente, para Winnicott (1963e, p. 81), “o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses, possibilita à criança concretizar seu potencial”, compreendido como potencial herdado de crescimento e desenvolvimento, que só pode se concretizar na relação com o ambiente. O ambiente favorável possibilita que os processos de amadurecimento ocorram continuamente, de modo que referem-se “à evolução do ego e do *self*, inclui a história completa do id, dos instintos e suas vicissitudes, e das defesas do ego relativas ao instinto” (WINNICOTT, 1963e, p. 81).

A constituição de uma *teoria do amadurecimento*, ancorada numa concepção de natureza humana relacional e constituída temporalmente foi a forma elaborada por Winnicott para lidar com sofrimento de seus pacientes. Ele afirma:

[...] a única companhia que tenho, ao explorar o território desconhecido de um novo caso, é a teoria que levo comigo e que se tem tornado parte de mim, e em relação à qual não tenho sequer de pensar de maneira deliberada (WINNICOTT, 1971, p. 14).

² Segundo Abram (1996, p. 220), “embora Winnicott frequentemente afirme que existe uma diferença entre *self* e o ‘ego’, esta distinção nem sempre fica suficientemente clara ao longo de sua obra, pois o termo *self* geralmente é empregado alternadamente com os termos ‘ego’ e ‘psique’. Para Winnicott, o termo *self* apresenta-se essencialmente como uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente, sendo o ‘sentir-se real’ o que coloca no centro do sentimento de *self*”.

Para Winnicott, a natureza humana é essencialmente temporal, ou seja, constitui-se no amadurecer da vida. Dias (2003), pesquisadora da teoria do amadurecimento de Winnicott, mostra que para este psicanalista, natureza humana “consiste essencialmente numa tendência inata à integração numa unidade ao longo de um processo de amadurecimento” (DIAS, 2003, p. 94). Amadurecimento é compreendido como parte da capacidade de ser, e, por isso, não há ênfase na questão biológica. Dias (2003, p. 80) esclarece que “o processo que deriva da tendência inata ao amadurecimento não tem nada a ver com a biologia ou qualquer outro substrato físico; tem a ver com a natureza humana e a capacidade de existir”.

É a partir desta capacidade, especialmente humana, de constituição psíquica (capaz de integrar experiências) que podemos compreender a natureza humana. Assim, é a experiência de integração num *eu* que possibilita ao bebê, ao ser humano poder *ser* alguém no mundo, do contrário ele se constitui por falhas e o “que falha no processo, e não é integrado por meio da experiência³, não é simplesmente um nada, uma perturbação” (DIAS, 2003, p. 94). Veremos que a integração, como parte do amadurecimento, é uma premissa fundamental para o que será nomeado de saúde emocional. Na perspectiva de Winnicott, conforme assinala Dias (2003), o que está em discussão, quando falamos em amadurecimento pessoal,

[...] não são funções isoladas, sejam elas biológicas, mentais ou sexuais, mas o próprio viver humano, naquilo que este tem de estritamente pessoal: o sentimento de ser, de ser real, de existir num mundo real como um si-mesmo. Nada disto é dado pela concepção e pelo nascimento biológicos. Mesmo quando as estruturas biológicas e cerebrais estão intactas, o ter nascido, simplesmente, não garante que sejam alcançados o sentimento de estar vivo, de sentir-se real e de poder fazer experiências sentidas como reais (DIAS, 2003, p. 97).

Winnicott (1960a) viu a necessidade de compreender o que acontece antes da estruturação do *ego*, pois para ele, esta não poderia ser mais presumida. Por meio da teoria do amadurecimento, fundamento de sua prática, Winnicott desenvolve conceitos e descreve as diversas conquistas, desafios e dificuldades presentes nas fases do amadurecimento (LOPARIC, 2007). Centra-se na

³ Experiência é um conceito fundamental na obra winnicottiana e será utilizado como base de nossas considerações. Trata-se daquilo que foi vivido e passa a ter realidade psíquica, visto ter comunicação entre o mundo subjetivo e o ambiente. Segundo Dias, este não é um conceito definido em sua obra, no entanto, subjaz a toda a elaboração do processo maturacional. “[...] experiência varia conforme o momento do amadurecimento. Deve-se, portanto, diferenciar o sentido do termo “experiência” quando referido a estes estágios iniciais, daquele usado para quando alguma experiência do si mesmo unitário e do mundo foi alcançado” (2003, p. 122). Outra caracterização da experiência refere-se ao sentir-se real, base para as futuras relações.

[...] estruturação do ego que gera a ansiedade da tensão instintiva ou da perda do objeto. A ansiedade nesse estágio não é ansiedade de castração ou de separação; ela se relaciona com outras coisas, e é, na verdade, ansiedade quanto a aniquilamento⁴ (WINNICOTT, 1960a, p. 42).

Segundo Dias (2003),

a ênfase dessa teoria recai sobre os estágios iniciais, pois é nesse período que estão sendo constituídas as bases da personalidade e da saúde psíquica. Iluminando o que se passa na peculiar relação bebê-mãe, Winnicott descreve as necessidades humanas fundamentais – que, desde as etapas mais primitivas, permanecem ao longo da vida até a morte do indivíduo – e as condições ambientais que favorecem a constituição paulatina da identidade unitária- que todo bebê deve poder alcançar-, incluídas aí a capacidade de relacionar-se com o mundo e com os objetos externos e de estabelecer relacionamentos interpessoais (DIAS, 2003, p. 13).

Ao debruçar-se sobre a importância do ambiente para a constituição do *eu*, Winnicott (1960a, p. 43) afirma que para um indivíduo realizar suas potencialidades, precisa que “sempre seja aceito que o potencial herdado de um lactente não pode se tornar um lactente a menos que ligado ao cuidado materno”. Ao reconhecer esta primazia da relação, ele realiza um deslocamento sobre a questão da saúde e da doença psíquica, postulando a importância do ambiente na produção da saúde e do adoecimento emocional.

Para este autor, não há como desvincular o indivíduo do ambiente e de suas relações, de modo que nunca haverá uma total independência do ambiente, mas um caminho *rumo à independência* que não se completa. Mesmo que nos momentos iniciais o desenvolvimento tenha sido positivo “permanece a necessidade de um longo período de estabilidade do ambiente para que a personalidade possa chegar a um acordo consigo mesma em todos os níveis de consciência” (WINNICOTT, 1988, p. 70).

Deste modo, para Winnicott (1963b), doenças mentais não são como doenças físicas,

são padrões de conciliação entre êxito e fracasso no estado de desenvolvimento emocional do indivíduo. Deste modo, saúde é maturidade emocional, maturidade de acordo com a idade; e doença mental tem, subjacente, uma detenção da mesma (WINNICOTT, 1963b, p. 200).

⁴ Aniquilamento: Segundo Abram (1996, p.31), “a aniquilação dá-se por causa de uma ameaça de isolamento do núcleo do self. O suporte egóico da mãe é necessário a fim de proteger o núcleo do self do bebê; sem o suporte egóico, o bebê é forçado a manter a proteção por sua própria conta, ou seja, desenvolver defesas psicóticas”, reagir à intrusão por meio de defesas e reagir para Winnicott é ruptura na *continuidade de ser*.

Partindo destes pressupostos, o psicanalista defende que “são as psicoses e não as neuroses, o paradigma do adoecer humano”, pois evidenciam fracassos ambientais já nos primórdios da vida de um indivíduo, demonstrando que “os distúrbios psicóticos derivam do fracasso ambiental em favorecer a resolução dessas tarefas, transformando-as em conquistas do amadurecimento” (DIAS, 2003, p. 15). Já na neurose as defesas organizadas “apontam o caminho para a ansiedade, que não apenas se encontra por trás do sintoma neurótico, mas também fornece a força e a qualidade das manifestações da saúde”, o que significa que um percurso foi conquistado para que o neurótico pudesse estabelecer relações objetais (WINNICOTT, 1988, p. 55).

Reconhece com isso, a necessidade de voltar-se para os pacientes não-neuróticos, isentos de saúde e de vida, que não reconhecem o viver como próprio e real, “os pacientes psicóticos que pairam permanentemente entre o viver e o não viver, forçam-nos a encarar esse problema, problema que realmente é próprio, não dos psiconeuróticos, mas de todos os seres humanos” (WINNICOTT, 1971, p.159). Ou seja, questão para todo ser humano, pois o viver criativo e o sentir-se real não são dados *a priori*, mas constituem-se por meio da comunicação entre o mundo interior e exterior, condições alcançadas somente dentro de um ambiente cuidador. São estas condições essenciais a qualquer humano que nos mostram que os extremos na falta de comunicação com um mundo interior e exterior, tanto num sentido quanto no outro são prejudiciais. Segundo o autor,

É possível a uma pessoa esquizóide ou esquizofrênica levar uma vida satisfatória e mesmo realizar um trabalho de valor excepcional. Pode ser doente, do ponto de vista psiquiátrico, devido a um sentido debilitado de realidade. Como a equilibrar isso, pode-se afirmar que existem pessoas tão firmemente ancoradas na realidade objetivamente percebida que estão doentes no sentido oposto, dada a sua perda do contacto com o mundo subjetivo e com a abordagem criativa dos fatos (WINNICOTT, 1971, p. 110).

Ao dedicar-se ao sofrimento emocional dos pacientes, Winnicott percebe a necessidade de estudar a psiquiatria do adulto tendo como base a psiquiatria infantil, pois se o início foi ruim, o desenrolar do viver poderia ser prejudicado. Afirma,

Com o cuidado que ele recebe de sua mãe cada lactente é capaz de ter uma existencial pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de *continuidade de ser*. Na base dessa continuidade do ser o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente. Se o cuidado materno não

é suficientemente bom então o lactente realmente não vem a existir, uma vez que não há continuidade do ser; ao invés a personalidade começa a se construir baseada em reações a irritações do meio (WINNICOTT, 1960a, p. 53).

Com isso, Winnicott propõe uma perspectiva de trauma ancorada na relação com ambiente, de modo que trauma será considerado a partir das falhas ambientais, com ênfase naquelas ocorridas anteriormente à constituição do estado unitário que permite a separação *eu* e *não-eu*. Esclarece que “o trauma é um impacto provindo do meio ambiente e da reação do indivíduo a ele, que ocorre anteriormente ao desenvolvimento, por esse indivíduo, de mecanismos que tornem a experiência predizível” (WINNICOTT, 1967, p. 155). O trauma provoca assim, uma ruptura no continuar a existir, pois gera no indivíduo uma reação à intrusão, e reagir leva a um caminho contrário ao da integração e possível conquista de um *eu* unitário, por isso é prejudicial.

A importância atribuída por Winnicott aos estágios iniciais da vida, levou-o a propor uma nova perspectiva no trabalho com pacientes não-neuróticos, pois percebia a existência de uma “pré-história” anterior à fase do complexo Édipo, fundamento da doença neurótica. Winnicott (1958b) afirma que,

Freud estabeleceu a importância do inconsciente reprimido, e em seu estudo da neurose chegou a um ponto crucial, sem dúvida o mais difícil em termos de aceitação geral, que denominou complexo de Édipo, com a ansiedade de castração como uma complicação inerente (WINNICOTT, 1958b, p.107).

O complexo de Édipo refere-se ao amor instintivo da criança pelos pais, e tem na sua resolução a estruturação da personalidade neurótica.

O complexo de Édipo é a representação inconsciente pela qual se exprime o desejo sexual ou amoroso da criança pelo genitor do sexo oposto e sua hostilidade para com o genitor do mesmo sexo. Essa representação pode inverter-se e exprimir o amor pelo genitor do mesmo sexo e o ódio pelo do sexo oposto. Chama-se Édipo à primeira representação, Édipo invertido à segunda, e Édipo completo à mescla das duas. O complexo de Édipo aparece entre os 3 e os 5 anos. Seu declínio marca a entrada num período chamado de latência, e sua resolução após a puberdade concretiza-se num novo tipo de escolha de objeto (ROUDINESCO, 1998, p.166).

Winnicott explica que anteriormente à formulação do complexo de Édipo, Freud “estava interessado no id, nome pelo qual ele se referia aos impulsos instintivos, e no ego,

nome pelo qual ele chamava aquela parte do eu total que se relaciona com o ambiente” (WINNICOTT, 1958, p. 20). Ao nomear estas forças e sua dinâmica, Freud postula o funcionamento de um aparelho psíquico em termos de forças e dinâmica, na qual o ego altera “o ambiente para conseguir satisfações para o id, e freia impulsos do id para que o ambiente possa oferecer o máximo de vantagens, do mesmo modo para satisfação do id” (WINNICOTT, 1958, p. 20).

Ao postular a vivência do complexo de Édipo, Freud percebe a ansiedade e culpa presentes na criança e com isso nomeia “o termo superego para denominar o que é aceito pelo ego para uso no controle do id” (WINNICOTT, 1958, p. 20). Assim, vê-se uma dinâmica de forças psíquicas atuando, capaz de relacionar-se com a realidade não-*eu*. Na perspectiva freudiana, a neurose, pode então “ser conceituada como evidência de tensão da ambivalência no relacionamento entre pessoas ‘inteiras’ relativamente normais”, portanto em condições mais satisfatórias do que aquelas que não puderam constituir-se como pessoas inteiras, nomeadas por Winnicott de não-neuróticos (WINNICOTT, 1958b, p. 107) e com necessidades diferentes daquele grupo de pacientes.

Segundo Dias (2003), para a psicanálise tradicional, a história do indivíduo tem como trama o complexo de Édipo e o desenvolvimento das funções sexuais. Não obstante, na perspectiva winnicottiana, é preciso considerar algumas conquistas anteriores ou a existência de “uma pré-história na qual o pequeno indivíduo, que já é um ser humano passível de ser afetado pelo ambiente, ainda não chegou a si; o bebê está apenas iniciando o processo de amadurecimento que leva à integração num eu unitário”, e só a partir dessas conquistas é que poderíamos pensar numa história individual para contar, o que pode nunca ocorrer, se o processo de integração falhar (DIAS, 2003, p. 82).

Deste modo, a questão do trauma, tão importante para a psicanálise, ganha contornos diferentes na abordagem de Winnicott, especialmente pelo deslocamento realizado por este autor no que se refere à constituição do psiquismo e do estado unitário compreendido como *eu*. Com isso, compreendemos que os conteúdos mnemônicos presentes na conceituação do “traumático” também passam por uma rediscussão, já que este autor afirma reconhecer *materiais de memória* anteriores à constituição da memória como imagem, representação, ou ainda conteúdos catalogados.

Conforme Moreno e Coelho Junior (2012), as relações entre trauma e memória estão colocadas na obra freudiana desde os primórdios da teorização sobre a histeria. “Já neste momento teórico, Freud relacionava o traumático à ideia de ruptura psíquica por grandes quantidades de excitação e à noção de dissociação psíquica” (p. 49). Mas, defendem estes

autores, somente pode-se dizer de um funcionamento da memória, mais claramente postulado posteriormente à conceituação de além do princípio de prazer⁵ que “apontam para o funcionamento, ou melhor, para as falhas de funcionamento nos limites do psíquico — entre corpo e psique, entre percepção e representação — responsáveis pela instauração da memória e pela diferenciação psíquica” (p. 48).

A descoberta do trauma⁶, sua revelação e elaboração é o que constitui a análise, e ao mesmo tempo, o que demonstra a funcionalidade do aparelho psíquico como um aparelho de memória, por meio do registro de imagens e formações inconscientes. Deste modo,

[...] a ‘atividade’ do analista, no método original de Freud, consiste exatamente na oferta de uma escuta do sofrimento alheio e naquilo que se produz por meio do instrumento interpretativo, tornar consciente o material recalcado bem como as resistências apresentadas pelo analisando (KUPERMANN, 2010, p. 35).

Fulgêncio (2011, p. 495) defende que “Freud considera que a repetição de situações traumáticas, mais ou menos explícitas, visa – nada mais – a descarregar uma excitação que está presente, reprimida, no interior do aparelho psíquico”. A compreensão do trauma na perspectiva psicanalítica tradicional não tem correspondência com o *sentido* de trauma ocorrido na fase de *dependência absoluta* proposto por Winnicott, no qual a memória traumática não é reprimida. Pelo contrário, a falha ambiental gera no bebê, a necessidade de reação, e com isso perda da sua continuidade existencial. A falha ambiental é assim, congelada e o bebê é impedido de ter suas necessidades atendidas ao tempo que precisaria ter vivido, constituindo-se como trauma do não vivido, por isso Winnicott não falar somente em conteúdos reprimidos. Explica Dias (2006) que o trauma na fase de *dependência absoluta* deve-se ao

[...] fracasso da adaptação ambiental, ao fato de o ambiente falhar em comunicar-se, em reconhecer ou deixando repentinamente de reconhecer as

⁵ Segundo Freud, “na teoria da psicanálise não hesitamos em supor que o curso tomado pelos eventos mentais está automaticamente regulado pelo princípio de prazer, ou seja, acreditamos que o curso desses eventos é invariavelmente colocado em movimento por uma tensão desagradável e que toma uma direção tal, que seu resultado final coincide com uma redução dessa tensão, isto é, com uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer” (FREUD, 1996 [1920], p. 17).

⁶ Segundo Dias (2003, p. 1) “em Winnicott, o trauma não se refere, como na psicanálise freudiana, a magnitudes pulsionais, nem a excitações, e tampouco está relacionado à economia psíquica do sujeito, mas é um fenômeno que pertence ao âmbito das relações inter-pessoais, resultante de um fracasso no estabelecimento ou na quebra do que é essencial numa dada relação humana e pessoal. Mais especificamente, o trauma está relacionado com o aspecto de dependência que é inerente às relações pessoais”.

necessidades da dependência. Ao invés de confiável – isto é, regular, previsível, preservador da continuidade de ser, atento às necessidades –, o ambiente comporta-se de maneira caótica, imprevisível e pouco sensível às necessidades do indivíduo dependente (DIAS, 2006, p. 2).

Veremos que a falha ambiental precisa ser ‘vivenciada’ no *setting* analítico para além da descarga de energia, mas principalmente para inaugurar um lugar novo, no qual a falha possa ser integrada à experiência do *eu*, possibilitando assim uma continuidade do existir antes coibido.

Tendo em vista a necessidade de se problematizar a compreensão do funcionamento de memória nos principais conceitos da psicanálise winnicottiana, perguntamos se há um conceito de memória na teoria do amadurecimento de Winnicott; e que memória perpassa a clínica de Winnicott, sua teoria e prática? Levantamos a hipótese de que todo processo de amadurecimento defendido por Winnicott e as possíveis falhas ambientais produtoras de adoecimento apontam para a existência de um funcionamento de memória.

Entendemos, que, por meio da permanência do cuidado empático da mãe e da oposta e prejudicial ausência destes em períodos insuportáveis para o bebê, vemos a constituição de uma marca, uma experiência não verbal, não representada, que denominamos de uma *memória da presença*, parte já da história deste bebê, que o acompanha de modo não consciente seu existir no decorrer da vida. Ao trabalhar a fase de *dependência absoluta* e os importantes processos de amadurecimento que nela ocorrem verificamos um funcionamento de memória nos conceitos de *integração*, experiência de *ilusão de onipotência*, dentre outros. As falhas no ambiente na adaptação às necessidades do bebê, por outro lado, levam-nos a perceber o funcionamento de outro tipo de marca, inacessível e impensável, mas que habita estes indivíduos caracterizados pelo adoecimento emocional, nos quais visualizamos a persistência de uma marca, não sentida, que denominamos de *memória da ausência*. Ausência sentida pelo bebê na falha em ofertar-lhe um *ambiente bom*, tornando-o incapaz de realizar os processos fundamentais para a constituição da psique e a vivência de um *self* integrado. Desta forma, neste trabalho, tentamos mostrar o funcionamento desses tipos de memória na teoria winnicottiana.

É importante salientar que nosso estudo busca também responder a anseios pessoais de questionamentos da prática clínica por nós realizada, bem como uma tentativa de realização de gesto espontâneo em direção a uma produção dada, como as obras aqui pesquisadas de Winnicott. Reconhecemos que este movimento de busca de compreensão de um modo próprio de ler uma teoria tem relação com os interesses pessoais, visão de mundo e um modo único de

constituir sentido para as experiências clínicas por nós vivenciadas e sentidas. Pensamos que é possível encontrar um caminho, no movimento de buscar e tentar encontrar um modo próprio, portanto *criativo*, de ler esta teoria no que se refere a nossas indagações acerca da memória e poder compartilhá-la por meio deste lugar de pesquisa. Citando o próprio autor,

O impulso criativo, portanto, é algo que pode ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente quando qualquer pessoa — bebê, criança, adolescente, adulto ou velho se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa, desde uma sujeira com fezes ou o prolongar do ato de chorar como fruição de um som musical. Está presente tanto no viver momento a momento de uma criança retardada que frui o respirar, como na inspiração de um arquiteto ao descobrir subitamente o que deseja construir, e pensa em termos do material a ser utilizado, de modo que seu impulso criativo possa tomar forma e o mundo seja testemunha dele (WINNICOTT, 1971, p. 114).

Ao nos debruçarmos, nesta busca, percebemos também como cada dia mais a prática clínica exige do terapeuta e do analista uma rediscussão e apropriação teórica em relação à produção de adoecimentos de nosso tempo. Encontramos cada vez mais sofrimentos inerentes às condições de vida, do meio social as quais não podem ser negligenciadas pela nossa escuta, indivíduos incapacitados de se reconhecerem como alguém, com uma história. Reconhecer um funcionamento de memória na teoria winnicottiana nos provoca a pensar um modo diferente de abarcar o sofrimento presente na clínica, em que a fragmentação do sentido de si é cada vez mais evidente e pede socorro. É na busca deste *não sabido*, mas sentido e incorporado na existência sem lugar, que nos deparamos com a necessidade de entender, nesta perspectiva teórica, de que memória somos constituídos.

1.2 MATERIAIS E MÉTODOS

O problema da pesquisa nos levou: quanto à abordagem, a adotar o método qualitativo; quanto à natureza, a caracterizar a pesquisa como básica, de um lado, se os resultados gerarem conhecimentos úteis, mas sem aplicação prevista; e, como pesquisa aplicada, de outro lado, se os resultados gerarem conhecimentos para aplicação prática, no que tange a forma de o terapeuta ou analista abarcar o sofrimento presente na prática clínica; e, quanto ao procedimento, a escolher a pesquisa bibliográfica, o que justifica o percurso que

trilhamos na busca de obras que tratam a questão do amadurecimento, base da obra de Winnicott, e de textos nos quais ele aborda a questão do trauma e da regressão.

Sendo assim, na pesquisa, selecionamos como fontes principais para análise e discussão, as seguintes obras de Winnicott: *O ambiente e processos de maturação*, de 1979; *O brincar e a realidade*, de 1971; *Natureza Humana*, de 1988; e textos selecionados das obras *Explorações Psicanalíticas*, de 1988, e *Da Pediatria à Psicanálise*, de 1958.

Selecionamos, ainda, duas importantes obras de comentadores: *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*, de Jan Abram, 1996; e *A teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*, de Elsa Oliveira Dias, 2003. E, três artigos científicos: *Compulsão à repetição no contexto analítico para Winnicott*, de Leopoldo Fulgêncio, 2011; *É dizível o inconsciente?*, de Zeljko Loparic, 1999; e *De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática*, de Zeljko Loparic, 2007.

Os resultados das análises e discussão que realizamos para abarcar as questões e tentar responder a hipótese levantada são apresentados em três capítulos. No subtópico a seguir, tratamos de como organizamos os capítulos desta dissertação.

1.3 ORGANIZAÇÃO DOS CAPÍTULOS

Além da introdução, esta dissertação apresenta a seguinte organização:

No segundo capítulo, intitulado *Memória do Nascimento*, tratamos da forma como Winnicott compreende o processo de nascimento e a vivência do bebê, desde a vida intrauterina do ambiente materno ‘lá de dentro’. Mostra que autor reconhece a existência de marcas desse período que já podem ser sentidas pelo bebê, as quais ficam mais evidentes na sua apresentação no processo do nascimento. O nascimento traumático e não-traumático tem, assim, um modo de funcionamento de memória com caminhos diferentes, os quais são abordados no decorrer do capítulo. No subtópico 2.3 *Memória da presença como desenvolvimento emocional*, tentamos mostrar de que modo há um funcionamento de memória nas fases do desenvolvimento emocional postuladas por Winnicott. O que designamos como *memória da presença* se constitui especialmente na fase da *dependência absoluta*, no processo de adaptação materna às necessidades do bebê, e torna-se fundamento para a constituição da psique e, conseqüentemente, para o sentimento unitário do *eu*.

No terceiro capítulo, intitulado *Memória da ausência e as falhas no constituir-se*, discutimos as possíveis falhas no desenvolvimento emocional e o modo como elas operam,

tentando mostrar um funcionamento do que denominamos de *memória da ausência*. Reconhecemos uma marca da ausência, traumática e falha, que se inscreve como memória do não-vivido, não-integrado à experiência e que, por isso, traz consequências graves para a experiência emocional dos indivíduos, acarretando diferentes modos de adoecimento na psicopatologia winnicottiana.

No quarto capítulo, discutimos possibilidades de trabalho clínico, por meio da regressão, com os diferentes quadros de adoecimento. No subtópico 4.1 *Regressão e memória da presença em pacientes neuróticos*, apresentamos a conceituação de Winnicott sobre a regressão com pacientes neuróticos e problematizamos o funcionamento da marca da presença como fundamental para que este tipo de trabalho possa ser realizado. E, no tópico 4.2 *Regressão e memória da ausência em pacientes não-neuróticos*, discutimos, a partir de um quadro mais grave de adoecimento, em que a inexistência de um sentido de *self* unitário e, portanto, um *si mesmo* capaz de sofrer e viver experiências, a necessidade da regressão e o reconhecimento da memória como fundante para a constituição da psique ficam mais clarificados, segundo nossa compreensão, no processo de regressão à *dependência*.

No quinto capítulo, apresentamos as considerações finais apontando o percurso realizado e em seguida, as referências.

2 MEMÓRIAS DO NASCIMENTO E MEMÓRIA DA PRESENÇA: O ENCONTRO COM WINNICOTT

2.1 NASCIMENTO E MEMÓRIA

Desde a concepção, o amadurecimento do bebê, o nascimento e todo o existir, são compreendidos por Winnicott como relacionais, isto é, o existir humano só ocorre em relação, com toda simplicidade e sofisticação que uma relação pode comportar: inicialmente no corpo da mãe como extensão do bebê até a constituição deste como um *eu* unitário podendo estabelecer relações objetais. Discorrer sobre o nascimento nesta perspectiva implica necessariamente falar das condições que circundam o nascer, antes mesmo dele acontecer. O ambiente, desde a vida intrauterina, é condição para o existir do bebê, mas este precisa adaptar-se a suas necessidades e não o contrário. Winnicott (1949, p. 271) argumenta que “a fim de preservar um modo de vida pessoal já no início, o indivíduo precisa que as intrusões provocadoras de reações sejam mínimas.”

Segundo o pensamento winnicottiano, desde o nascimento, já se pode perceber se o ambiente foi bom para o “começar” a ser do bebê ou não. Segundo Winnicott (1960a), o ambiente é fundante para a experiência do bebê, pois ele existe a partir do ambiente, isto é, de início não há um bebê, há um estrutura mãe-bebê, fundida, na qual não se pode separar o bebê da mãe. Nesse momento, para compreender o que se passa neste processo, olhar para o bebê implica olhar para a relação mãe-bebê.

Embora desde os primórdios da vida, a relação esteja estabelecida como premissa do viver, Winnicott considera, paradoxalmente, a existência de uma solidão fundamental, inacessível e não comunicável na maioria das circunstâncias, mas que só pode existir na presença do outro, daí seu paradoxo. O assim denominado *self* verdadeiro ou central tem como característica primordial um isolamento ou ocultamento como condição de existência. É identificado como o núcleo mais íntimo e singular de cada indivíduo, daí a necessidade de seu ocultamento, a fim de não ser invadido e aniquilar-se.

A tarefa inquestionável é posta ao ambiente, que deve garantir a *continuidade de ser*, tendo, por isso, “como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal” (WINNICOTT, 1960, p. 47). O *self* deste modo, “poderia ser considerado como o potencial herdado que está experimentando continuidade da existência, e adquirindo à sua maneira e em seu passo uma realidade psíquica pessoal e o esquema corporal pessoal” (WINNICOTT, 1960a, p. 46). Na *continuidade de ser*,

é que vai se constituindo o *eu*, que irá estabelecer relações com o mundo de modo genuíno e inteiro, não fragmentado.

Sem o estabelecimento das condições ambientais de maternagem no início da vida desde a gestação, o indivíduo não experimenta o continuar a *ser*, representado pela força do *ego* (melhor explicada mais adiante). Em última medida, não se experimenta como alguém, visto que “a alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila” (WINNICOTT, 1960a, p. 47).

Abram (1996), afirma que “o ego é responsável por recolher as informações (as experiências externas), organizando-as. Contudo, isto somente é possível se a mãe for *suficientemente-boa*⁷, já que inicialmente o ego do bebê é ela”, (p. 119). Deste modo, o *ego* vai se constituindo a partir dos cuidados da mãe com o bebê, de modo que não há um *id* anterior ao *ego*, é a integração em uma unidade que possibilitará a emergência de um *id*. Na concepção winnicottiana, conforme Dias (2003, p. 142), o ‘*ego*’ não se refere a “uma instância do aparelho psíquico- já que Winnicott não trabalha com o conceito heurístico de aparelho psíquico, mas para nomear o aspecto da personalidade que tende à integração”. Para Winnicott,

[...] o funcionamento do ego deve ser considerado um conceito inseparável daquele da existência da criança como pessoa. Que vida instintiva possa existir sem conexão com o funcionamento do ego pode ser ignorado, porque a criança não é ainda uma entidade viva que tenha experiências. Não há *id* antes do ego. Somente a partir desta premissa se pode justificar um estudo do ego (WINNICOTT, 1962, p. 55).

Embora aparentemente frágil, do ponto de vista do observador, “na saúde o bebê está preparado antes do parto para uma certa intrusão ambiental”, parte do processo de continuar a ser iniciado na vida intrauterina e necessária para o nascimento (WINNICOTT, 1949, p. 264).

⁷ Destacamos, aqui, que o conceito mãe *suficientemente boa* é cunhado por Winnicott para explicar a fase da dependência absoluta, momento em que a mãe (ou seu substituto) deve agir para o atendimento às necessidades do bebê, por meio de três funções maternas que exercidas simultaneamente, quais sejam: ***holding, handling e apresentação do objeto***. O ***holding*** refere-se ao sustentar físico do bebê pela mãe, que envolve um sustentar emocional, visto imprimir um modo de ser dela com o bebê. O ***handling*** refere-se ao manejo, à forma como conduz as diferentes formas de cuidado que o bebê precisa. Já a ***apresentação de objeto*** é a presença materna como primeiro objeto no qual o bebê experimenta sua relação com o mundo, primeiramente como objeto subjetivo para então poder constituir-se como alguém e estabelecer uma ***relação de objeto*** com o mundo externo a ele. Estas três tarefas que constituem-se como o mundo inicial do bebê e com isso, possibilitam sua constituição psíquica. Nesta fase, a mãe que realiza bem estas três funções é chamada de ***mãe suficientemente boa***, isto é, mãe boa o suficiente para que o bebê possa conviver com ela sem prejuízos psíquicos. A mãe *suficientemente boa* representa/significa o “ambiente bom” que permite que a criança coloque em prática sua tendência inata ao desenvolvimento e continuidade da vida fazendo emergir o *verdadeiro self*.

O nascimento normal, quando o bebe está biologicamente preparado, é parte do seu movimento de crescimento, de saída do útero. Segundo o autor, o nascimento possui três qualidades:

[...] em primeiro lugar, a de que o bebê experimenta uma interrupção maciça da continuidade do ser (pela intrusão relativa à mudança de pressão, etc.), mas já alcançou em grau suficiente a capacidade de construir pontes sobre os abismos da continuidade do ser, que as reações contra a intrusão representam. A segunda é de que o bebê já possui memórias de sensações e impulsos que são fenômenos próprios do self, já que pertencem a períodos de ser em vez de a momentos de reação. O terceiro aspecto pressupõe que a mecânica do parto não seja muito anormal, quer dizer, que o parto não seja nem precipitado nem excessivamente prolongado (WINNICOTT, 1988, p. 166).

Vê-se que Winnicott considera que o bebê está capacitado a suportar certas intrusões emocionais e somáticas, condizentes com o processo de nascimento, visto que “o bebê não apenas teve experiências de mudança de pressão, temperatura e outros fatores ambientais simples, mas também que foi capaz de reconhecê-las e começou a organizar um modo de lidar com elas” (WINNICOTT, 1988, p. 150), ainda que muito precário, do ponto de vista do observador.

Na perspectiva de Winnicott (1949), corpo e psique⁸ estão fundidos antes do nascimento, “antes do nascimento existe um estar-aí pessoal, uma continuidade da capacidade de ter experiências. Essa continuidade, que poderia ser vista como o início do eu, é periodicamente interrompida por fases de reação a intrusões” (1949, p. 274), reações a que ele está preparado para viver naquela fase, pois é parte do processo de nascer, mas com limitações. Disto decorre um dos princípios da psicanálise winnicottiana, “a saúde implica na continuidade desse progresso evolutivo da psique, e de que saúde significa maturidade do desenvolvimento emocional adequado à idade do indivíduo, sendo óbvio que tal maturidade refere-se a esse progresso evolutivo” (WINNICOTT, 1954, p. 377).

Dito isto, quando dentro do suportável, estas intrusões são integradas à experiência do bebê e, “o eu começa então a incluir *memórias* dos curtos períodos em que a reação à intrusão perturba a continuidade” (WINNICOTT, 1949, p. 274). São os cuidados da mãe (ou de seu

⁸ Segundo Abram (1996, p. 187), “na obra de Winnicott a ‘psique’ é descrita como a ‘elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticas’, e o que muitas vezes apresenta-se como sinônimo de ‘fantasia’, ‘realidade interna’ e **self**”, a psique então forma-se a partir do seu alojamento no soma, não é uma instancia isolada. Dias (2003) esclarece que para Winnicott, “diferentemente de Freud, a integração da psique no corpo não acontece automaticamente, como um a priori inevitável do desenvolvimento, e requer a facilitação do ambiente sustentador”.

substituto) e sua devoção ao *tempo*⁹ do bebê que vão restaurando seu *continuar a ser*, ao passo que as reações, quando não extremas, darão espaço para o começar a *ser* do bebê. Esta restauração é vista como “retorno natural da relação a um estado em que não é preciso reagir, sendo este último o único estado em que o *eu* pode começar a ser” (WINNICOTT, 1949, p. 264), o estado de solidão essencial do *self*.

Sendo assim, já no nascimento pode-se perceber aspectos da maturação emocional, visto que quando saudável é vivido como uma “experiência positiva e valiosa, de significância relativa” (WINNICOTT, 1949, p. 261), fornecendo um padrão natural, responsável por promover experiências vindouras condizentes com o esperado para o desenvolvimento de um bebê. Dito de outro modo, o padrão natural, é potencializador e parte do processo de crescimento natural do bebê, à medida que,

[...] pode vir a ser fortalecido por diversos tipos de experiências subsequentes, fazendo com que a experiência do nascimento seja um elemento numa série de fatores favoráveis ao desenvolvimento da confiança, do senso de sequência, estabilidade, segurança, etc (WINNICOTT, 1949, p. 261).

O contrário é visto na caracterização de um nascimento vivido como traumático, no qual o padrão natural é atravessado por turbulências que prejudicam o nascer e são muitas vezes acompanhadas por outras falhas, desencadeando o padrão traumático. Winnicott (1949) o identifica como traumático comum, “que acaba por misturar-se a diversos outros fatores ambientais traumáticos, exacerbando-os e sendo exacerbada por eles” (p. 262). Nestes casos, vê-se que já nos primeiros dias de vida, o bebê pode reagir ao ambiente, como forma de proteger-se, mas tal reação não se prolonga quando restaurados pelo manejo subsequente. Ou seja, pelo cuidado materno, pelo reconhecimento das necessidades do bebê, que experimenta pelo corpo da mãe uma sintonia para esta “nova” vida extrauterina. Desta forma, o bebê possui uma singularidade própria, que é descoberta ao sentir o corpo da mãe, os batimentos cardíacos, o ritmo da respiração, o calor da pele, a expressão do olhar.

Já no início é preciso reconhecer esta singularidade do bebê, pois é ela que clarifica a necessidade de adaptação da mãe ao tempo dele, é ela que se adapta ao ritmo e gestos daquele

⁹ O bebê vai experimentando a temporalidade por meio da integração no tempo e espaço, que se dão devido ao *ambiente suficientemente bom*. É por meio de repetidas experiências de integração que o ego se constitui, lembrando que o ego para Winnicott, é sempre um ego corporal, ou seja, constituído pelo psicossoma. Conforme Abram (1996, p. 188), “no desenvolvimento sadio, a psique e o soma não são distinguíveis, pois é o bebê e a criança em desenvolvimento que estão implicados. O indivíduo que é sadio supõe que seu sentimento de *self* é parte de seu corpo”.

ser que está se constituindo pelo cuidado que recebe. Deste modo, “a saúde mental do indivíduo é fundada pela mãe que, pode devotar-se ao seu bebê, pode adaptar-se ativamente a ele” (WINNICOTT, 1949, p. 271).

As condições não serão as mesmas em casos de nascimento traumático mais intenso, como nos partos prematuros, nos traumas físicos decorrentes do parto, bem como em partos prolongados. Nestes casos, mostra Winnicott (1949), que já nos primeiros dias de vida o bebê pode reagir ao ambiente, como forma de proteger-se. Quando excessiva esta reação pode interromper o continuar a *ser* do bebê, o que significa uma paralisação no seu crescimento emocional, o que é fonte de significativos prejuízos. Ao invés de continuar a *ser* como processo natural de constituição de um *eu* unitário e com capacidade de sentir-se real e vivo, começa a instalar-se um falso desenvolvimento, protetor do *eu* verdadeiro, mas incapaz de sentir-se real.

Ocorre, como defesa, uma “falsa integração que implica em alguma forma de pensamento abstrato, o que não é natural”, uma vez que impede a integração psique-soma, conforme abordaremos mais detalhadamente no processo de *personalização*. Com esta dissociação psicossomática¹⁰ duas formas de adoecimento podem ser desencadeadas: uma pelo desenvolvimento intelectual precoce e outra, no outro extremo, por um precário desenvolvimento (WINNICOTT, 1949, p. 266).

Conforme Winnicott (1949),

Esse desenvolvimento intelectual é um problema, pois deriva de um estágio demasiadamente precoce na história do indivíduo, sendo portanto patologicamente desvinculado do corpo e de suas funções bem como dos sentimentos, impulsos e sensações do ego total (WINNICOTT, 1949, p. 267).

Com isso, pode-se ver que, “antes do nascimento, já há um início de desenvolvimento emocional, e é possível que mesmo nessa época já exista a capacidade para uma aceleração falsa ou não saudável desse desenvolvimento” (WINNICOTT, 1949, p. 263). É especialmente

¹⁰ A questão psicossomática será mais bem tratada quando abordarmos a fase de *dependência absoluta*. Mas desde já, é importante destacar, conforme Abram (1996), que, para Winnicott, “a integração mente-corpo é descrita como uma trama psicossomática”, na qual “a psique-que-habita-o-soma reflete o efeito bem-sucedido do processo de ‘personalização’ que se dá como resultado do ‘toque’ materno no bebê no decorrer da fase de holding. Este é o período de dependência absoluta, quando a mãe (saudável) encontra-se no estado de preocupação materna primária” (ABRAM, 1996, p. 187). A personalização, portanto, tem na perspectiva winnicottiana um caráter fundamental de união entre psique e soma, de modo que, “o ego se baseia em um ego corporal, mas só quando tudo vai bem é que a pessoa do bebê começa a ser relacionada com o corpo e suas funções, com a pele como membrana limitante” (1962, p. 58).

nos casos de traumas do nascimento, que o autor percebe a marca da memória do nascimento incrustada no corpo, na fragilidade da experiência de habitar um corpo com sentido próprio, capaz de dar sentido ao que sente, vivencia, pois o corpo funciona descolado da psique, cindido. O autor aponta a relação entre as doenças psicossomáticas do paciente ao trauma do nascimento, por exemplo, no modo como ele sente certos tipos de pressão na cabeça, peito e respiração.

Nestes casos, é como se intelecto precoce “coleccionasse as intrusões às quais foi necessário reagir” e se antecipasse ao ambiente, esperando novas intrusões do ambiente que não atendeu às suas necessidades (WINNICOTT, 1949, p. 274). Cada reação é registrada como memória no corpo e pode ser percebida pelo analista, quando o paciente torna-se uma criança durante a sessão e “nesses momentos ocorrem muitas coisas que é preciso compreender sem recorrer à descrição verbal imediata” (WINNICOTT, 1949, p. 263).

Entre os aspectos mais típicos da memória verdadeira do nascimento está o sentimento de ser agarrado por algo externo. Notem que não estou afirmando que o bebê sente como se a mãe o agarrasse. Isso implicaria em falar de um bebe de outra idade, não neste estágio. A intrusão vinda do exterior faz com que o bebê tenha de adaptar-se a ela, e o fato é que à época do nascimento o bebê necessita é de uma adaptação ativa do ambiente (WINNICOTT, 1949, p. 265).

A reação do bebê provoca perda da sua *continuidade de ser*, afetando o desenvolvimento emocional, dado que “o bebê perturbado por uma imposição que o faz reagir é empurrado para fora do estado de ‘ser’ (WINNICOTT, 1949, p. 267). Esse estado de ‘ser’ pode acontecer apenas sob certas condições” quais sejam, um cuidado constituído pelo *holding*¹¹, isto é, pelo cuidado e constância da maternagem que respeita e está atenta às suas necessidades, seu tempo, ritmo, calor, enfim tudo que dá suporte para a constituição do *eu* do bebê, único e diferente da mãe:

O *holding* inclui especialmente o *holding* físico do lactente, que é uma forma de amar. É possivelmente a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente o seu amor. Há aquelas que podem sustentar um lactente e as que não podem; as últimas produzem rapidamente no lactente uma sensação de insegurança e um chorar nervoso (WINNICOTT, 1960a, p. 49).

Nos casos de experiência de trauma extremo, em que o bebê sofre uma perturbação excessiva, o nascimento “rompe o continuar a ser do bebê, e quando essa ruptura é

¹¹ O conceito de *holding* será mais bem explicitado na fase da *dependência absoluta*.

significativa, os detalhes das sensações provocadas pelas intrusões e também das reações do bebê a elas tornam-se fatores adversos ao desenvolvimento do ego” (WINNICOTT, 1949, p. 271).

Para Winnicott (1949, p. 265), “quando o trauma do nascimento é significativo, cada um dos aspectos da intrusão e da reação é entalhado na *memória* do indivíduo” e o acompanham no decorrer da vida como experiências não integradas à personalidade do indivíduo, portanto compreendemos que não são registros representacionais, de um *inconsciente* reprimido, mas que os habitam, pois percebe neles um conhecimento marcado no corpo sobre o que significa nascer.

Conforme o psicanalista, este evento traumático é tão grave que em alguns casos, especialmente os psicóticos, ainda que o ambiente apresente-se de forma favorável posteriormente, o desenvolvimento emocional do indivíduo fica prejudicado, sendo impossível ocorrer fora do contexto de análise. Será necessário alcançar um grau de regressão¹² no *setting* analítico que possibilite retomar o desenvolvimento emocional, verifica-se que há uma necessidade latente no paciente de nascer de novo. “Existe para, além disso, a necessidade de uma revivência da experiência traumática do nascimento no interior do contexto analítico. É preciso que um fator ambiental dê lugar a outro” (WINNICOTT, 1949, p. 273).

Winnicott (1949) estima que o analista deva estar atento para receber todo e qualquer tipo de elementos ou materiais do paciente para a análise, até mesmo referente ao nascimento. Em seu trabalho clínico, reconhece que o relacionamento entre a mãe e o bebê inicia-se antes do bebê nascer, legitimando que as experiências intrauterinas e do nascimento acompanham a história dos pacientes, tanto positiva quanto negativamente, pois fazem parte do ambiente ao qual o paciente já pertenceu concretamente. Concordamos com o autor e compreendemos ainda que em termos emocionais, o paciente ainda pertence àquele ambiente, pois se pensarmos em termos de seu estágio de desenvolvimento, ele foi paralisado pela falha traumática, então de algum modo seu presente é habitado por este passado que não se foi, mas se mostra na sua forma de relacionar-se no hoje. Pois conforme o próprio autor afirma, esta

¹² Vamos tratar da questão da regressão em capítulo posterior, mas, antes disso, é importante destacar que na leitura winnicottiana, regressão tem seu sentido alterado da metapsicologia psicanalítica tradicional, na qual “o termo teve a implicação de um retorno a fases mais precoces da vida instintiva, e regressão seria a um ponto de fixação”. Na perspectiva de Winnicott, advinda de seu trabalho com crianças e bebês, a consideração do ambiente no desenvolvimento emocional é inquestionável, de modo que para o psicanalista, regressão significa *regressão à dependência*, “há uma tendência ao restabelecimento da dependência e por isso o comportamento do meio se torna algo que não pode ser ignorado se a palavra regressão for usada” (WINNICOTT, 1959-1964, p. 117).

experiência traumática *fica entalhada na memória*, participando do seu modo de relacionar-se (ou não) com o mundo, como veremos adiante.

A ênfase de Winnicott (1988) na possibilidade de aspectos bons e ruins na experiência do nascimento está exemplificada no fato de que nem sempre esta pode ser definida como traumática, mas trata-se de uma matéria de *memória*. O autor postula que “no momento do nascimento a termo já existe um ser humano no útero, capaz de ter experiências e acumular memórias corporais e até mesmo organizar defesas contra possíveis traumas” (WINNICOTT, 1988, p. 165). Ele afirma localizar em seu trabalho tanto como pediatra quanto como psicanalista “evidências de que a experiência pessoal do nascimento é significativa, e é mantida como *matéria de memória*” (WINNICOTT, 1949, p. 258), que aparece no *setting* analítico no modo como o paciente sente o seu corpo, por exemplo.

Ao afirmar reconhecer materiais referentes ao nascimento, o autor nos mostra que “num caso em que houve uma experiência do nascimento normal, o material ligado ao nascimento não costuma aparecer na análise de um modo que chame a atenção” (WINNICOTT, 1949, p. 261), pois não se torna algo expressivo, mas parte do processo natural do nascer. O que é parte da *continuidade de ser*, portanto saudável, tendência ao desenvolvimento, não se torna relevante.

As bases da saúde mental do indivíduo, no sentido de ausência de psicose ou predisposição à mesma (esquizofrenia), são lançadas por este cuidado materno, que quando vai bem dificilmente é percebido, e é uma continuação da provisão fisiológica que caracteriza o estado pré-natal. Esta provisão ambiental é também a continuação da vitalidade dos tecidos e da saúde que (para o lactente) provê um apoio ao ego silencioso, mas vitalmente importante (WINNICOTT, 1960a, p. 49).

A confiabilidade no ambiente, a constância no cuidado ao tempo, ritmo do bebê, torna possível seu continuar a ser, de modo que por ser natural, dentro do seu tempo, garante a constituição de um *eu* separado da mãe, que poderá viver relações objetais, tornar-se alguém. É isto que defendemos ser uma *memória da presença*, sobre a qual trataremos nos capítulos seguintes, fundada pela adaptação da mãe ao cuidar, ao exercer a maternagem que a implica, ou seja, não somente técnica, mas existencialmente. Essa presença tornada *memória*, registrada no corpo, no sentir-se real, não se torna relevante no processo de análise, não é destacada. Por ter sido boa para seu desenvolvimento é quase esquecida, pois foi experimentada e integrada, ela é parte do processo natural e possibilitou condições favoráveis ao desenvolvimento emocional e constituição do *eu* unitário do bebê.

A experiência pessoal, por ser uma conquista do processo de desenvolvimento é algo extremamente valioso para uma existência sentida como real. Algumas falhas ambientais ocorridas neste processo, com ênfase para o enorme prejuízo quando estas ocorrem na fase anterior à constituição de um *eu* unitário, são parte do processo de viver. Isto é, falhas irão ocorrer, a diferença qualitativa estará no momento em que elas ocorrem e nas condições que o indivíduo terá para lidar com elas, para continuar a viver sem a perda da sua experiência com o mundo. Winnicott (1988) afirma que,

Qualquer estágio no desenvolvimento é alcançado e perdido, alcançado e perdido de novo, e mais uma vez: a superação dos estágios no desenvolvimento só se transforma em fato muito gradualmente, e mesmo assim apenas sob determinadas condições. Tais condições deixam gradativamente de ser vitais, mas talvez nunca deixem de ter uma certa importância. De qualquer modo, é necessário que se presuma um desenvolvimento anterior bem-sucedido. O mais complexo deve desenvolver-se a partir do mais simples (WINNICOTT, 1988, p. 55).

Na perspectiva winnicottiana, a experiência com o mundo sempre se dá na forma como o mundo é sentido pelo indivíduo, no como o ambiente externo é visto do lado de dentro¹³, considerando-se, claro, a maturidade emocional e suas diferenças na sofisticação dessa percepção do mundo. Isto ficará mais claro quando discutirmos as fases de *dependência*, mas a importância de compreendermos esta perspectiva advém da necessidade constatada pelo psicanalista de que a experiência de *ser alguém* é uma conquista para a vida toda, não é algo dado. A ambiência acolhedora ofertada pela mãe é a condição para o desenvolvimento de um *eu*, mas as conquistas de uma existência com valor e sentido próprio acontecem no decorrer de toda vida. De modo que:

[...] todos os indivíduos buscam, na verdade, um novo nascimento, no qual a sua linha de vida não seja perturbada por uma quantidade de reações maior que a que pode ser experimentada sem que ocorra perda do sentimento de continuidade da existência pessoal (WINNICOTT, 1949, p. 271).

¹³ Winnicott esclarece que “[...] de início o mundo interno não pode ser usado no sentido de Melanie Klein, uma vez que o lactente ainda não estabeleceu propriamente os limites do ego e ainda não se tornou mestre nos mecanismos mentais de projeção e introjeção. Nesse estágio precoce, ‘interno’ só significa pessoal, e pessoal na medida em que o indivíduo é uma pessoa com um *self* no processo de ser envolvido. O ambiente facilitador, ou o apoio do ego da mãe ao ego imaturo do lactente, estas são as partes essenciais da criança como uma criança viável” (WINNICOTT, 1959-1964, p. 168).

Compreendemos assim que, desde a vida intrauterina, o bebê pode sentir o que acontece. Winnicott (1988) reconhece que esta afirmação não é verificável objetivamente, no entanto, encontra validação no seu trabalho clínico e defende,

Em algum momento próximo ao nascimento ocorre um grande despertar, responsável pela diferença perceptível entre um bebê nascido prematuramente e outro com nascimento pós-maduro. O primeiro ainda não está pronto para a vida, e o segundo está sujeito a nascer num estado de frustração por ter sido mantido à espera depois de estar pronto (WINNICOTT, 1988, p.39).

Com isso, mostra que ainda que não exista um psiquismo formado, a experiência do nascimento não está isenta de afetar e participar da história dos indivíduos. Embora reconheça que nos casos extremos de intrusão a que o bebê é exposto no nascimento são mais evidentes as consequências, pois promovem uma desestabilização excessiva na experiência temporal e corporal do bebê, gerando prejuízos emocionais importantes para o indivíduo que está começando o seu desenvolvimento. É incisivo em demonstrar que mesmo neste período o bebê já tem necessidades emocionais, e por isso, o nascimento e ambiência ofertada por este participam do seu *vir-a-ser*.

Compreendemos que, para Winnicott (1949), o bebê não perde aquilo que vivencia desde a vida intrauterina e no processo de nascimento, mas estes estágios tornam-se parte do seu *vir-a-ser*. Nos casos positivos, nos quais o ambiente propiciou condições favoráveis para o bebê, a memória do nascimento não se mostra relevante no trabalho analítico, visto participar do movimento esperado para este momento. A ênfase dos *materiais de memória* referentes ao nascimento traumático são mais perceptíveis no trabalho analítico de pacientes que vivem a premência de renascer. Neles, há um resquício de sofrimento da experiência do nascimento, e por isso acaba se tornando elemento para o trabalho clínico, pois reverberam na experiência corporal, que fica prejudicada. O autor assinala, por exemplo, “uma ligação entre o trauma do nascimento e os distúrbios psicossomáticos, especialmente certas dores de cabeça e problemas respiratórios de vários tipos” (WINNICOTT, 1949, p. 273).

A ênfase na experiência psicossomática prejudicada exige do analista um cuidado e adaptação às necessidades do pacientes de modo único e singular. A clínica de Winnicott (1949) estabelece-se a partir desta premissa, de modo que o analista não vai em busca do trauma do nascimento, mas pelo contrário, realiza-se na “tentativa de perceber qual é a coisa específica que o paciente traz para ser interpretada ou revivida a cada sessão” (p. 275), seja relacionada ao nascimento ou não. Cada necessidade deve ser atendida de cada vez, no tempo

e ritmo do paciente, “desde que sejamos capazes de seguir o paciente para trás no desenvolvimento emocional tanto quanto ele precisa ir” (p. 276).

2.2 MEMÓRIA DA PRESENÇA E DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

A teoria de Winnicott trata da experiência humana como relação interpessoal. Desenvolve uma teoria do amadurecimento que fornece o aparato na condução dos casos e no seu raciocínio clínico. Entretanto, pelo modo peculiar de valorizar a experiência e a dimensão não dizível presente numa relação, ele “simplesmente vê através dela” de modo que não precise pensá-la como uma obrigação (Dias, 2003, p. 49). Conforme Dias (2003), a teoria para Winnicott, serve para “iluminar o fenômeno e nortear a imaginação, a sensibilidade e a intuição”, para assim ir “aprendendo a ver, escutar e compreender através dela” (p. 49).

Por debruçar-se na relação mãe-bebê como primordial para o desenvolvimento emocional dos indivíduos, é preciso considerar de imediato, que na perspectiva winnicottiana não existe um ideal a ser buscado sobre o *ser* mãe. Há uma fase de alta adaptação do ambiente às necessidades do bebê, e, de início, este ambiente é a mãe. Para o psicanalista, é a partir desta relação inicial que o *eu* se constitui, podendo vislumbrar um futuro como alguém. Desta forma, “os processos de uma criatura viva constituem um *vir-a-ser*, uma espécie de plano para a existência. A mãe que é capaz de se devotar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o *vir-a-ser* de seu nenê” (WINNICOTT, 1963e, p. 82).

Dias (2003) explica que o bebê precisa de uma mãe atenta a sua singularidade, não uma mãe padronizada, que reproduza técnicas e não imprima seu jeito no modo de cuidar. Afirma, que

[...] o saber da mãe provém da sua capacidade de identificar-se com o bebê a partir de sua própria experiência de ter sido cuidada; esse saber não pode ser aprendido em livros ou palestras; regrá-lo é o mesmo que destruí-lo, ou seja, é privá-lo do seu principal atributo, a personalidade e a espontaneidade da mãe (DIAS, 2003, p. 42).

Winnicott (1988) considera que a adaptação materna às necessidades do bebê é facilitada quando realizada pela mãe biológica, pois espera-se que as alterações fisiológicas decorrentes da gestação contribuam para este estado singular em que a mãe é capaz de se identificar com o bebê pela proximidade da relação entre eles. O autor reconhece que esta ampla adaptação é limitada, restringindo-se aos meses iniciais, sobretudo pela necessidade de

separação da fusão mãe-bebê que não poderia sustentar-se permanentemente. Por isso, afirma que o período da gravidez contribui para este momento, “durante os quais a mãe gradualmente vai se tornando capaz de identificar-se com o bebê, num nível que não mais será possível — mesmo para a própria mãe — algumas semanas depois que o bebê tenha nascido” (WINNICOTT, 1988, p. 176).

Winnicott (1963e) nomeia esta fase de *preocupação materna primária*, fase na qual “ao fim da gravidez e nas primeiras semanas depois do nascimento de uma criança, a mãe está preocupada com (ou melhor, ‘devotada ao’) o cuidado do seu nenê, que de início parece ser parte dela mesma”, possibilitando a ela reconhecer exatamente o que ele precisa, por meio da sua própria experiência como bebê (WINNICOTT, 1963e, p. 81). Abram (1996) esclarece que Winnicott não acredita na existência do instinto materno e nem na impossibilidade de outra mãe realizar tal função. A questão é colocada na experiência emocional e no tipo de adoecimento oportunizado pela *preocupação materna primária*, que possibilita à mãe identificar-se com o bebê de um modo único e singular a esta fase.

Devido a este estado especial, a mãe também deve ter seu ambiente cuidado, sua condição acolhida, possibilitando assim que ela possa dedicar-se ao bebê durante este período sem preocupações adicionais. Winnicott (1963e) defende a importância do pai, da família, enfim do seu ambiente mais próximo que também compreenda e reconheça suas necessidades, visto que “a própria mãe está em um estado dependente, e vulnerável” (p. 81).

Com estas condições garantidas, Winnicott (1960a, p. 53) percebe na prática que “parece ser comum que as mães que não são distorcidas por má saúde ou por tensões ambientais do dia-a-dia tendem em geral, a saber, exatamente o que os seus lactentes necessitam, e ainda mais, gostam de prover as necessidades do lactente”. Enfatiza ainda que este período de adaptação extrema é passageiro, visto ser necessário para o desenvolvimento do bebê, que não suportará e nem precisará mais da total disponibilidade materna. Vê-se “que muitas vezes o crescimento da criança corresponde muito precisamente à retomada pela mãe de sua própria independência” (WINNICOTT, 1963e, p. 82), a partir da qual mãe e bebê se encaminham como unidades separadas, o bebê constituindo-se como um *eu*.

O estado unitário do *eu* se forma quando o ambiente responde e atende às necessidades do bebê, de modo a possibilitar sua constituição. O ambiente *suficientemente bom* oportuniza a conquista pelo bebê de três experiências fundamentais ao estado unitário de *eu*: a *integração*, a *personalização* ou *integração psicossomática* e *introdução das relações objetais* (WINNICOTT 1963b), as quais devem ser alcançadas no decorrer das fases do amadurecimento, conforme veremos. Este cuidado materno é o que irá promover a

continuidade de ser do bebê. Dias (2003) explica que “o processo de amadurecimento pessoal depende fundamentalmente de dois fatores: a tendência inata ao amadurecimento e a existência contínua de um ambiente facilitador” (p. 93), e é principalmente a existência desse ambiente facilitador que poderá promover o desenvolvimento do bebê.

As conquistas do amadurecimento são explicitadas em termos de fases, embora o processo não seja contínuo e direto. Torna-se importante a afirmação de Dias (2003, p. 101, grifo nosso), que “na concepção winnicottiana, amadurecimento não é sinônimo de progresso: amadurecer inclui a possibilidade de *regredir* a cada vez que a vida exige descanso, em momentos de sobrecarga e tensão, ou para retomar pontos perdidos”. Compreendemos com isso, que a não linearidade é parte da existência no tempo, pois a possibilidade de ser alguém não é estabelecida e dada como certa. Em termos de amadurecimento emocional nada é completamente superado, podendo ser retomado em qualquer momento da vida, conforme veremos quando discutirmos a questão da regressão na clínica.

Sendo assim, as fases propostas na teoria do amadurecimento não são estanques e fixas. Em diversos momentos, Winnicott (1979, 1988) alerta que a divisão em fases é didática, a fim de tornar mais claras as conquistas necessárias, embora não sejam inflexíveis. Assegura que “a criança está o tempo todo em todos os estágios, apesar de que um determinado estágio pode ser considerado dominante” (1988, p. 52).

Dada esta ressalva, as fases do desenvolvimento emocional podem ser assim divididas: *fase de dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência*. Cada uma destas fases é caracterizada por conquistas necessárias ao desenvolvimento emocional, uma garantindo a continuidade da outra, de modo que as falhas irão provocar uma paralisação no desenvolvimento emocional, por isso, tais falhas deverão ser retomadas em algum momento, garantindo assim sua continuidade. A ênfase de nosso trabalho se dá na primeira fase, a de *dependência absoluta*, por meio da qual abordamos a questão da memória. As demais fases serão apresentadas, porém com desdobramentos menos abrangentes.

2.2.1 A dependência absoluta e *memória da presença*

A *dependência absoluta* tem como princípio indispensável, como o próprio nome diz, uma dependência extrema do ambiente, caracterizada aí pelo cuidado materno, e, por isso, é fase primordial, pois, por meio dela, alguém pode começar a existir. O que melhor explica esta dependência é o que foi nomeado *holding*, o segurar e sustentar o bebê enquanto corpo e

peessoa, realizados pela mãe ou por quem exerce esse papel. Conforme Winnicott (1960a), *holding* “é utilizado aqui para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com*”. Mais adiante esclarece que *viver com*, “implica relações objetais, e a emergência do lactente do estado de estar fundido com a mãe, e sua percepção dos objetos como externos a ele próprio” (p. 44).

Nesta fase, importantes processos vão se formando até a constituição do *eu* e todos precisam ser experienciados pelo bebê, tudo que não é experienciado, não é integrado, portanto não é parte da personalidade do bebê. No início da vida do bebê não há um *eu*, há uma *tendência inata à integração*, dada a todo indivíduo, porém a tendência não garante a integração, esta precisa ser conquistada, o que possibilitará que um psiquismo se forme. Conforme Dias (2003, p. 222), “a tendência integradora é concebida não como o resultado de um trabalho do psiquismo, mas é, ela mesma, o fundamento para a emergência do psiquismo”, é do potencial criador humano que o psiquismo pode se constituir em relação com o ambiente-mundo.

O potencial criador humano refere-se à capacidade para viver experiências, como a singular forma de criar a realidade vivida pelo bebê, o que Winnicott nomeará *ilusão de onipotência*. Para o autor, a natureza humana é potencialmente criativa, visto ir ao encontro do mundo. O que é apresentado precisa ser criado subjetivamente para ser parte da experiência pessoal do indivíduo, o que só poderá ocorrer sob determinadas condições ofertadas ao bebê pelo ambiente. Para o psicanalista, esta experiência trata-se de uma:

[...] fruição altamente apurada do viver, da beleza, ou da capacidade inventiva abstrata humana, quando me refiro ao indivíduo adulto, e, ao mesmo tempo, o gesto criador do bebê que estende a mão para a boca da mãe, tateia-lhe os dentes e, simultaneamente, fita-lhe os olhos, vendo-a criativamente (WINNICOTT 1971, p.168).

Esta é um das bases para a saúde, uma vida sentida como real, pois tem lugar subjetivo, valor e comunicação com o *self*. Defende Winnicott (1988, p. 130), que “devemos reconhecer a criatividade potencial não tanto pela originalidade de sua produção, mas pela sensação individual de realidade da experiência e do objeto”, é do reconhecimento desta potencialidade que todo viver criativo poderá advir e o sentimento de ser *si mesmo* acontece.

É no contato com o corpo da mãe, especialmente com o seio, na mamada, que o bebê vai experimentando o calor do corpo, os batimentos cardíacos e sentindo o mundo na extensão do corpo da mãe, embora não a reconheça como objeto externo a ele. Conforme o autor, na

continuidade das mamadas, portanto após a primeira *mamada teórica* (caracterizada pelas diversas e repetidas experiências de mamadas no início da vida do bebê) e deste contato materno, “aos poucos o bebê se torna capaz de alucinar¹⁴ o mamilo no momento em que a mãe está pronta para oferecê-lo”, isto é a vivência da *ilusão de onipotência*, ou seja, a criação do objeto (WINNICOTT, 1988, p. 126).

Neste processo, vai se construindo um mundo subjetivo, no qual do ponto de vista do bebê, o seio é o seu próprio corpo, portanto criação sua, disponível no momento em que ele precisa. A mãe, por sua adaptação e atenção, vai ao encontro do bebê, mesmo sem saber exatamente a importância deste movimento em direção a ele no tempo que ele precisa. Ela “está esperando ser descoberta. E não é preciso que ela reconheça intelectualmente o quanto é importante que o bebê a crie, para que ela possa fazer a sua parte e ser criada por cada bebê novamente” (WINNICOTT, 1988, p. 122). Para Winnicott é desta experiência criativa, de relação com um objeto subjetivamente criado que todas as outras com sentido próprio para o indivíduo podem existir.

Importante destacar que para o autor, a alimentação, e neste caso, a mamada, comporta especialmente uma qualidade de comunicação e intimidade entre mãe e bebê que se sobressai ao caráter instintual presente na questão prazer e desprazer. Dias (2003) demonstra que na perspectiva winnicottiana, “as necessidades do bebê não são ditadas pelo princípio do prazer, mas pela necessidade de *ser*, que inclui buscar e criar um objeto” (p. 180). Com isso, a primeira mamada carrega uma tensão instintual que precisa também ser satisfeita, entretanto “só se torna uma *experiência* no interior de uma experiência global de encontro com a mãe” (DIAS, 2003, p. 180).

É na constância dessa experiência, dessa presença da mãe que oferta o seio no tempo do bebê, fazendo com que este tenha a ilusão de que o criou por sua vontade, que uma *memória* vai se constituindo por meio de “inúmeras impressões sensoriais, associadas à atividade da amamentação e ao encontro do objeto” (WINNICOTT, 1988, p. 126). Esta é uma *experiência*¹⁵ extremamente enriquecedora e base para a criatividade e integração num *eu*

¹⁴ Sobre alucinar o mamilo, Winnicott (1988) esclarece posteriormente, somente ser possível após a primeira mamada teórica, ou seja, depois de algumas experiências com o seio, de algumas mamadas, que irão construir uma marca sensorial no bebê, uma marca, memória. Do contrário não poderíamos pensar em alucinação de objeto, visto não ter nenhum material de memória sobre o mesmo. “Haveria a alucinação de um objeto, se houvesse material mnemônico para ser usado nesse processo de criação, mas isso não pode ser postulado considerando-se que é uma primeira mamada teórica. Aqui o ser humano se encontra na posição de estar criando o mundo. O motivo é a necessidade pessoal; testemunhamos então a gradual transformação da necessidade em desejo” (p. 122).

¹⁵ Esclarece Dias, “experiência e sentimento de real (*feeling of real*) estão mutuamente imbricados: só aquilo que é dado na experiência é real para o indivíduo. Mas pode-se igualmente, dizer que algo – um estado de ser, uma

unitário, visto que a confiabilidade nestes cuidados é que possibilitará ao bebê constituir-se. É por meio da adaptação da mãe ao bebê que ele pode habitar um mundo subjetivo, criado por ele e ‘alheio’ ao mundo externo, anterior à sua existência.

O mundo é criado de novo por cada ser humano, que começa o seu trabalho no mínimo tão cedo quanto o momento do seu nascimento e da primeira mamada teórica. Aquilo que o bebê cria depende em grande parte daquilo que é apresentado no momento da criatividade, pela mãe que se adaptará ativamente às necessidades do bebê. Mas se a criatividade do bebê está ausente, os detalhes apresentados pela mãe não terão sentido (WINNICOTT, 1988, p. 130).

Nesta fase do desenvolvimento do bebê, a criação, como parte do mundo subjetivo, demonstra que a constância no cuidado, na presença, é que poderá garantir a experiência de sentir-se alguém, viver experiências, pois “a primeira mamada teórica é também a primeira mamada real, exceto pelo fato de que a experiência real não é tanto um acontecimento singular quanto *uma construção do evento a partir da memória*” (WINNICOTT, 1988, p. 120, *grifo nosso*).

Compreendemos nesta afirmação de Winnicott que há um funcionamento do que designamos, neste trabalho, de *memória da presença*. Mas com se dá o funcionamento da *memória da presença*? Entendemos que durante a fase de *dependência absoluta* ela começa a se constituir, posteriormente à primeira *mamada teórica*, na experiência de *ilusão de onipotência*, caracterizando-se pela constância e repetição dos cuidados ofertados pela mãe neste percurso, consolidando as primeiras impressões da presença da mãe que possibilitam a experiência da ilusão da criação do mundo. É desta experiência que todas as outras podem advir, ou seja, o bebê vai ao encontro do mundo e o mundo acolhe seu gesto, porque também vai ao encontro dele, reconhece sua existência ofertando-lhe aquilo de que ele precisa e o que acredita ter criado. Somente pela confiabilidade conquistada neste momento, de que a mãe estará presente nos períodos de devaneio no mundo interno do bebê, e ao mesmo tempo estar presente no seu retorno, pronta a apresentar o mundo no tempo do bebê, é que o mesmo pode constituir e criar um mundo subjetivo. Mundo que será a base para todo o seu desenvolvimento como um *ser* real, capaz de viver experiências, em comunicação com o *self*,

fantasia, um sonho ou um acontecimento – só é uma experiência se for sentida como real. O ‘real’ aí implicado não tem nada a ver com realidade externa, no sentido de realidade que é representável, perceptível, visualizável e dizível” (2003, p. 123). Aqui o real relaciona-se a toda a sustentação ofertada pelo ambiente ao bebê para a criação do objeto, na área de ilusão de onipotência.

habitando o mundo externo em comunicação com um mundo interno sentido como próprio e digno de ser vivido. Isto explica, pois, o modo como a *memória da presença* funciona.

Winnicott (1963f) afirma que, na experiência da *ilusão de onipotência*, “o lactente experimentando sob a tutela do ambiente facilitador cria e recria o objeto, e o processo gradativamente se forma dentro dele e adquire um apoio na memória” (p. 164). Embora não explicita de que memória se trata, entendemos que se trata da experiência repetida da presença materna que possibilita ao bebê criar o mundo (neste momento representado pela mãe), a partir disto. Sua presença confiável é a base para a constituição do *objeto subjetivo*, pois ao criar a mãe como *objeto subjetivo*, por meio da ilusão de contato que tem na presença, constância, ele também vai constituindo-se pelo encontro e amadurecimento que esta presença proporciona.

Importante esclarecer que o *objeto subjetivo* não se refere a uma esfera da subjetividade constituída pela realidade do contato. Até este momento não há um *eu* inteiro, integrado, capaz, portanto, de perceber a realidade não-*eu* e relacionar-se com ela de modo objetivo. Conforme Winnicott (1962) “de início, o objeto é um 'objeto subjetivo'. Empreguei o termo 'objeto subjetivo' para permitir uma divergência entre o que é observado e o que está sendo experimentado pelo bebê” (WINNICOTT, 1962 apud WINNICOTT, 1971, p. 207). O sucesso neste processo é que possibilita o ‘aparecimento’ do *eu*, que vai se constituindo por meio da formação da psique, que será a base para o estabelecimento da diferença entre mundo interior e exterior, nas posteriores fases do amadurecimento, numa

[...] realidade psíquica interna, a propriedade pessoal de cada indivíduo, na medida em que foi atingido certo grau de integração madura que inclui o estabelecimento de um eu (self) inteiro, com a existência implícita de um interior e um exterior, bem como de uma membrana limitadora (WINNICOTT, 1971, p.169).

A experiência de confiança no ambiente, possibilitada neste início pela experiência de criação do *objeto subjetivo*, é salutar para o futuro desenvolvimento do bebê, é a base para as relações. O que pôde ser constituído nas relações iniciais entre mãe-bebê o acompanham no decorrer da vida, pois sua história começa ali. A ênfase dada por Winnicott neste período revela a fragilidade existencial sentida pelo bebê. No começo tudo é precário, incerto. É preciso uma continuidade, previsibilidade para que o senso de confiança, de que o bebê será amparado e acolhido possa sedimentar-se. Consoante ao autor, vimos que a constância dessa adaptação materna ao bebê “durante certo período de tempo, origina nele, e na criança que

crece, um sentimento de confiança. A confiança do bebê na fidedignidade da mãe e, portanto, na de outras pessoas e coisas, torna possível uma separação do não-eu a partir do eu” (WINNICOTT, 1971, p. 173), crença constituída, em nossa compreensão, pela *memória da presença*.

Compreendemos que este relacionamento profundo entre mãe e bebê instaura e funciona como protótipo do que ocorrerá na fase de *dependência relativa*, quando as relações com o mundo, percebido como externo ao bebê começam a se realizar. É a crença nesta primeira “relação” que o acompanhará em todas as outras. Quando constituído por esta confiança, o bebê, no decorrer de seu desenvolvimento, poderá estabelecer *relações de objeto*, *fazer uso do objeto*, mas, para isso, precisa antes conviver com o objeto subjetivamente concebido por ele. O que só é possível por meio da *maternagem suficientemente boa*, que é capaz do *holding* (segurar), *handling* (manejar) e *apresentar objetos ao bebê*, (como pequenas doses do mundo) e com isso propicia-lhe sua *continuidade de ser*.

Winnicott (1960a, 1988) afirma que quando o cuidado é satisfatório para o bebê, não há uma percepção clara dele, “a adaptação ativa às necessidades mais simples (o instinto ainda não tomou posse de seu lugar central) permite ao indivíduo SER sem ter que tomar conhecimento do ambiente”, pois é parte do *continuar a ser*, transita entre o mundo interno e externo de um modo que não exige atenção do bebê (1988, p. 151). Compreendemos, assim, que até a conquista de um *eu*, não podemos dizer que uma presença é percebida, elaborada psiquicamente, mas é, sobretudo parte da vivência daquele *ser* que está se constituindo pela *memória* de ser cuidado.

Participa deste processo complexo de integração outra importante conquista no amadurecimento do bebê propiciada pelo ambiente, o que Winnicott nomeará de *inserção da psique no soma*, ou *personalização*, caracterizada pela integração do *ego* no corpo por meio do *handling* e da integração no tempo e no espaço que ele propicia. A *personalização* se dá pelo toque materno, de modo que “o bebê passa a sentir, como uma consequência do toque amoroso, que seu corpo constitui-se nele mesmo (o bebê) e/ou que seu sentimento de *self* centra-se no interior de seu próprio corpo” (ABRAM, 1996, p. 138). Vê-se então que a relação entre psique e corpo não é dada, é parte do desenvolvimento primitivo e ocorre por meio desta integração de fundamental importância para desenvolvimento saudável do *self*, que existe em relação com o corpo e não separado deste como algo isolado. Winnicott (1988) explica:

A base da psique é o soma, e, em termos de evolução, o soma foi o primeiro a chegar. A psique começa como uma elaboração imaginativa das funções somáticas, tendo como sua tarefa mais importante a interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro. É desta forma que o self passa a existir. A psique não tem, obviamente, existência alguma fora do cérebro e do funcionamento cerebral (WINNICOTT, 1988, p. 37).

Por meio desta afirmação, o autor explica o funcionamento da integração temporal e espacial do bebê. O modo como é manejado, o faz sentir o próprio corpo, viver um tempo entre ser levantado do berço, por exemplo, e levado ao colo ou a outro lugar, estas vivências vão possibilitando ao bebê experimentar-se como algo unitário. A união das partes do corpo pelas mãos maternas, pelo toque, pelo contato une as partes do corpo que estavam separadas, do ponto de vista do bebê. Ao ser unido, tornado corpo, vai possibilitando ao bebê experimentar-se como alguém separado do ambiente, de forma que “o manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar a criança auxiliam o processo de integração” (1988, p. 143). A maternagem, por meio do *holding*, do sustentar o bebê, vai possibilitando estas experiências integradoras ao bebê, construindo a base para que ele possa reconhecer-se como alguém inteiro no estágio do *Eu sou*:

No começo do ‘eu sou’ o indivíduo é, por assim dizer, cru, não defendido, vulnerável, potencialmente paranoide. O indivíduo só pode atingir o estágio do ‘eu sou’ porque existe um meio que é protetor; o meio protetor é de fato a mãe preocupada com sua criança e orientada para as necessidades do ego infantil através da sua identificação com a própria criança (WINNICOTT, 1958 p. 35).

Vê-se, assim, que a interconexão corpo-psiquismo também se dá de forma processual e contribui para a constituição da psique que poderá elaborar imaginativamente o corpo que o bebê habita. Conforme Dias (2003), este corpo tocado é capaz de dar sentido para o que experimenta, posto que “seja o que for que esteja sendo experienciado- e tudo, no início, é experienciado no corpo e por meio do corpo-está sendo personalizado pela elaboração imaginativa” (p. 106). Conforme Winnicott (1960a), “a base dessa inserção é a ligação das experiências funcionais motoras e sensoriais com o novo estado do lactente de ser uma pessoa” (p. 45). Com isso, irá se solidificando a separação *eu* e *não-eu*, o bebê constituindo-se como um unitário, possuidor de um mundo “interior e um exterior, e um esquema corporal. Deste modo, começam a ter sentido as funções de entrada e saída; além disso, se torna

gradualmente significativo pressupor uma realidade psíquica interna ou pessoal para o lactente” (1960 a, p. 45).

Compreendemos, assim, que sem o corpo materno que sustenta o bebê, não há bebê, há uma imensidão sem contornos, sem limites, seu *eu*, pois “o ego se baseia em um *ego* corporal, mas só quando tudo vai bem é que a pessoa do bebê começa a ser relacionada com o corpo e suas funções, com a pele como membrana limitante” (WINNICOTT, 1962, p. 58). Somente ao ser cuidado pela mãe ambiente por meio do sustento e manejo do corpo é que esta integração psique-soma pode ocorrer, visto que na perspectiva winnicottiana, não há *ego* como instância psíquica, o *ego* é um *ego* corporal, integrado ao soma.

O processo de localização da psique no corpo se produz a partir de duas direções, a pessoal e a ambiental: a experiência pessoal de impulsos e sensações da pele, de erotismo muscular e instintos envolvendo excitação da pessoa total, e também tudo aquilo que se refere aos cuidados do corpo, à satisfação das exigências instintivas que possibilita a gratificação (WINNICOTT, 1988, p. 144).

Do mesmo modo, Winnicott (1988, p.70) mostra que a psique é diferente da mente e/ou intelecto, sendo esta “uma parte especializada da psique que não está necessariamente ligada ao corpo, embora dependa, evidentemente, do funcionamento cerebral”, tendo assim ‘funções distintas’ em termos do amadurecimento emocional. Segundo o autor, no desenvolvimento natural, a mente contribui para a compreensão do bebê sobre o ambiente *suficientemente bom*, passível de falhas, já que é suficiente e não perfeito. É a mente (intelecto) do bebê que “transforma a falha relativa da adaptação num êxito adaptativo. O que libera a mãe da necessidade de ser quase perfeita é a compreensão do bebê” (WINNICOTT, 1949a, p. 335). Quando isto ocorre, o intelecto funciona de maneira esperada, ajudando na adaptação do bebê ao ambiente.

Trataremos no terceiro capítulo, intitulado “*Memória da Ausência*: as falhas no constituir-se”, sobre o desenvolvimento precoce do intelecto, especialmente no quadro psicopatológico denominado *falso self*, adaptativo e submisso ao ambiente. Nestes casos, devido às falhas ambientais maiores do que o bebê é capaz de suportar (ou compreender, com a ajuda do intelecto), o intelecto se desenvolve precocemente *como reação* e atua como defesa contra as falhas ambientais. Segundo Winnicott (1949a), “no crescimento excessivo da função mental **em reação** a uma maternagem errática, percebemos que surge uma **oposição** entre a mente e o psicossoma” (p. 336, *grifo nosso*). Vê-se assim que a atividade mental do bebê passa a ter mais importância do que o próprio ambiente e com isso acarreta grandes danos na

experiência psicossomática do bebê, que não mais experimenta o psicossoma como integrado, mas sim como separado e, portanto irreal.

O sentimento de irrealidade e esta oposição são percebidos no estado confusional que o bebê se encontra, de modo que “o funcionamento mental passa a existir por si mesmo, praticamente substituindo a mãe boa e tornando-a desnecessária”, visto que há perda da experiência real com a mãe ambiente (WINNICOTT, 1949a, p. 336). De acordo com o autor, este estado é bastante prejudicial para o desenvolvimento emocional, visto atrofiar a relação psique-soma e impedir a experiência integradora e primordial para o sentimento de *si mesmo*. O estado confusional “trata-se de um estado de coisas extremamente desconfortável, principalmente porque a psique é ‘seduzida’ para transformar-se nessa mente, rompendo o relacionamento íntimo que anteriormente existia entre ela e o soma” (WINNICOTT, 1949a, p. 336).

Compreende-se assim que a experiência psicossomática é essencial e enriquecedora para o amadurecimento do bebê, de modo que “na saúde a mente não usurpa as funções do ambiente”, pois ele está lá ativamente por meio do cuidado e manejo com o bebê (WINNICOTT, 1949a, p. 336). Neste aspecto, a função da pele é destacada, pois segundo o autor, ela “é de importância óbvia no processo de localização da psique exatamente no e dentro do corpo” (WINNICOTT, 1988, p. 143). A pele é a membrana limite entre o *eu* e *não-eu*, que só pode ser parte do bebê ao ser tocada, tornada viva pela força, calor, ritmo, enfim por tudo que caracteriza o contato humano e materno. Quando isto acontece vemos que “a psique começa a viver no soma e uma vida psicossomática de um indivíduo se inicia” (WINNICOTT, 1960a, p. 60).

Somente com o *holding* é que “o ego se transforma de um estado não-integrado em uma integração estruturada, de modo que o lactente se torna capaz de experimentar a ansiedade que é associada à desintegração” (WINNICOTT, 1960a, p. 44). A ansiedade a que Winnicott se refere trata da precariedade desta fase, cada conquista não é dada como certa, é preciso que o cuidado permaneça, pois o bebê é sensível em perceber qualquer mudança. Afirma, assim, que

no manejo dos lactentes há uma distinção muito sutil entre a compreensão da mãe das necessidades do lactente baseada na empatia, e sua mudança para uma compreensão baseada em algo no lactente ou criança pequena que indica a necessidade (WINNICOTT, 1960, p. 50,51).

Ou seja, o bebê precisa de uma mãe atenta às suas necessidades específicas e únicas daquele tempo e momento, o cuidado como necessidade externa ao tempo do bebê é percebido como técnica, como um cuidado geral, programado, portanto irreal para o bebê, visto não ser *seu*, por não participar da experiência de integração e nem oportunizar a experiência de *ilusão de onipotência*. De acordo com o autor,

[...] no desenvolvimento normal, nesse estágio o lactente retém a capacidade de reexperimentar estados não-integrados. Mas isso depende da continuidade de um cuidado materno consistente ou da reunião no lactente de recordações do cuidado materno começando gradualmente a serem *percebidas* como tais (WINNICOTT, 1960a, p. 44, grifo nosso).

Ou seja, essas recordações do cuidado, passam a fazer parte do que denominamos aqui como *memória da presença*, pela confiabilidade e constância do ambiente materno disponível. Entendemos que o desenvolvimento de uma memória percebida, capaz de ser retida pelo intelecto de modo saudável, e, portanto, diferente e posterior ao que designamos de *memória da presença*, só poderá aparecer posteriormente no decurso do amadurecimento. Pois como veremos, a constância e permanência da maternagem resultam no desenvolvimento do lactente no estágio do *Eu-sou*, isto é, um *eu* separado da mãe, portanto próprio e capaz de perceber e relacionar-se com o mundo *não-eu*. Desta forma, compreendemos que para que um *eu* se forme e possa ter essa *memória percebida* ou representacional, em termos de saúde emocional, é preciso que a constância, a permanência de cuidados seja sentida nos primórdios da vida do bebê, por meio da *memória da presença*. É do acúmulo de experiências da presença materna possibilitando a vivência da *ilusão de onipotência*, que constitui um *eu*, que poderá então ter um psiquismo com lembranças registradas.

Compreendemos, assim, que o mundo interno e pessoal do bebê, conquistado pelas repetidas experiência de integração, só pôde se constituir devido ao que estamos entendendo como *memória da presença*, na confiança em poder habitar por alguns instantes um universo particular e incomunicável, seu mundo subjetivo de onde parte o movimento em direção ao mundo objetivo, que para o bebê é uma extensão do seu próprio corpo. Portanto, é por encontrar a mãe, quando retorna do estado de solidão, que o bebê pode experimentar seu mundo pessoal. Winnicott demonstra, porém o paradoxo desta capacidade sofisticada de ficar só, fundada na confiança da presença, visto que “a habilidade de estar realmente só tem sua base na experiência precoce de estar só na presença de alguém” (WINNICOTT, 1958, p. 34).

Por meio da capacidade de estar só, momento precioso, “surge uma sensação ou impulso”, que será “sentida como real e será verdadeiramente uma experiência pessoal” (WINNICOTT, 1958, p. 36), um gesto criativo do bebê. Com isso, o Winnicott demonstra que o impulso do *id* é um impulso criador, isto é, experiência pessoal, que não é reação ao mundo, mas gesto singular em direção ao mundo. Defendemos que o que chamamos de *memória da presença* é condição para a criação genuína, gesto no mundo, que só pode ocorrer mediante um ambiente acolhedor. A presença de alguém que não exige nada do bebê, mas está ali somente e essencialmente como presença que permite ao bebê a experiência da solidão e o paradoxo de estar só na presença de alguém e a partir disso poder criar o ‘mundo’, e “é somente sob essas circunstâncias que a criança pode ter uma experiência que é sentida como real” (WINNICOTT, 1958, p. 36).

Winnicott (1971) explica ainda que esta capacidade de estar só realiza-se pela repetição de experiências do bebê em encontrar a mãe quando vai ao encontro dela. Esta repetição constitui-se internamente como uma imago não durável, visto ser “o começo da formação, na mente ou na realidade psíquica pessoal do bebê, de uma imagem do objeto” (p. 155). Esta imagem não durável e nem perceptível intelectualmente é sentida pelo que designamos de *memória da presença*, pois o bebê consegue manter viva a presença da mãe ‘internamente’, confiante de que ela estará lá, assim que essa imagem esmaecer. Ainda não há representação da mãe como objeto externo, é o começo dessa formação, portanto precária e sujeita a descontinuidades, por isso compreendemos que o bebê sente esta presença mais do que é capaz de saber dela.

Segundo Winnicott, (1971), a constituição da imagem materna funciona da seguinte maneira:

O sentimento de que a mãe existe dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais do que x minutos, então a imago se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em x y minutos. Em x y minutos, o bebê não se alterou. Em x y z minutos, o bebê ficou traumatizado. Em x y z minutos, o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê (WINNICOTT, 1971, p. 155).

Por meio desta experiência, a psique que se forma é apresentada também à condição temporal, começa a constituir um passado, um presente e um futuro, pois é capaz de “lembrar” da presença materna constituindo um passado, ir ao encontro do mundo por meio dessa confiança e lembrança no presente e “prever” um futuro com base na esperança de que

a mãe continuará lá, cuidando e reconhecendo suas necessidades. O bebê começa a conhecer-se como um *eu* separado do ambiente, claro se tudo correr bem e já caminhando para o final da fase de *dependência absoluta*.

Insurgindo desta capacidade de elaborar imaginativamente seu corpo, isto é, de atribuir sentido próprio às suas experiências corporais, por meio dos “elementos, sentimentos e funções somáticas, ou seja, da vitalidade física”, a psique integrada ao soma, é capaz então de reconhecer a integração no tempo e no espaço (WINNICOTT, 1949a, p. 333). E com isso, ela “dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo”, que se sente real e pertencente a *si mesmo* (WINNICOTT, 1988, p. 46).

Com a conquista do estado unitário chamado *eu*, “segue a história toda do processo secundário e da função simbólica, e da organização do conteúdo psíquico pessoal, que forma a base do sonho e das relações vivas” (WINNICOTT, 1960a, p. 45), ou seja, começa a existir um *eu* capaz de reconhecer-se como alguém.

A parte psíquica da pessoa ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo. A psique, desenvolvendo-se desta maneira, torna-se possuidora de uma posição a partir da qual é possível relacionar-se com a realidade externa, torna-se algo que é capaz de criar e de perceber a realidade externa, torna-se um ser qualitativamente enriquecido, em condições de ir além daquilo que se pode explicar pelas influências ambientais, e capaz não apenas de se adaptar, mas também de se recusar a se adaptar, e de se transformar numa criatura com algo que parece ser capaz de fazer escolhas (1988, p. 46).

Com isso, podemos postular que há uma marca e inscrição do cuidado e da maternagem que vão se constituindo como *memória da presença* do cuidado na vida do bebê. A capacidade de estar só somente se realiza na confiabilidade no ambiente, na estabilidade de que o cuidado não cessará neste período de descanso e relaxamento, de que a mãe não irá sucumbir enquanto o bebê devaneia, este é “o paradoxo de que a capacidade de ficar só se baseia na experiência de estar só na presença de alguém, e que sem uma suficiência dessa experiência a capacidade de ficar só não pode se desenvolver” (WINNICOTT, 1958, p. 35).

Winnicott explica que previsibilidade do cuidado materno insere uma forma de experimentar a temporalidade, visto que o bebê torna-se capaz de prever (esperar) a presença da mãe pela continuidade proporcionada por seu cuidado *suficientemente bom*. Afirma assim,

[...] estar só na presença de alguém pode ocorrer num estágio bem precoce, quando a imaturidade do ego é naturalmente compensada pelo apoio do ego

da mãe. À medida que o tempo passa o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe e dessa maneira se torna capaz de ficar só sem apoio frequente da mãe ou de um símbolo da mãe (WINNICOTT, 1958, p. 34).

O autor compreende que o cuidado da mãe com a criança também comporta a *memória* do que foi experimentado como cuidado por essa mãe, desde a infância e no decorrer da sua vida. Ter experimentado o cuidado é o que irá possibilitar a ela cuidar, identificar-se com a necessidade singular do bebê, este corpo materno também é portador de uma memória do que foi ser ou não cuidado. Compreendemos, a partir do excerto abaixo, o modo como a memória de ter sido cuidado se revela no cuidado da mãe com o bebê, a mãe reproduzindo muitas vezes sua experiência de ter sido cuidada:

Um jovem casal consulta um médico acerca de seu segundo filho, de oito meses de idade. A criança “não quer desmamar”. Não há sinal de doença. No decorrer de uma hora, ficou-se sabendo que fora a mãe da mãe que a enviara ao médico. Na verdade, a avó tivera dificuldade para desmamar a mãe do bebê. Tanto a avó quanto a mãe tinham um fundo depressivo. À medida que tudo isso ficou claro, a mãe surpreendeu-se ao ver-se chorando copiosamente. A solução desse problema veio quando a mãe reconheceu que o problema estava em sua relação com a própria mãe — depois disso ela foi capaz de lidar com os problemas práticos que envolviam o desmame, no qual ela precisava também ser dura com seu bebê, além de amá-lo. Tratando-se de uma questão de reajustamento emocional, um conselho não ajudaria muito (WINNICOTT, 1965a, p. 99).

A partir deste excerto, compreendemos como é importante a mãe estar atenta à necessidade do bebê, pois o desmame ocorre justamente pela necessidade do processo maturacional da independência do bebê em relação ao ambiente materno, algo para o qual ele, em condições boas, está preparado. A afirmação da mãe de que “o bebê não quer desmamar” nos leva a pensar na sua incapacidade momentânea de perceber a necessidade deste, demonstrando por esta fala, o seu modo de perceber e até prejudicar o tempo do bebê. A dificuldade estava na mãe de realizar o desmame e, com isso, de se perceber na condição de filha que não teve seu tempo e gesto reconhecido na infância, não teve, portanto a conquista de sua independência, devido ao cuidado insatisfatório que recebeu.

Entendemos, no entanto, que há possibilidade deste cuidado ser aprimorado ou recriado pela mãe. Ela pode não apenas reproduzir o cuidado que recebeu, mas pode transformar por seu gesto o que é cuidar e o realizar no mundo e em especial, o realizar ao cuidar do bebê. Esta é uma forma de reinventar a tradição, o que Winnicott (1971, p.158) chama de uma *experiência cultural*, a integração entre a tradição e a originalidade, visto que

“nenhum campo cultural é possível ser original, exceto numa base de tradição”. Compreendemos, assim, que a mãe introduz o que é seu no mundo, transforma o que recebeu em algo seu e o deixa como marca no mundo ao cuidar de outro. A *memória* atravessa a tradição e se refaz, com ela. Para o autor, esta é mais uma amostra da capacidade criativa humana, pois “a integração entre a originalidade e a aceitação da tradição como base da inventividade parece-me apenas mais um exemplo, e um exemplo emocionante, da ação recíproca entre separação e união” (WINNICOTT, 1971, p.158).

É na fase de *dependência absoluta*, pois, que a psique torna-se algo diferente da mente e da inteligência, e, ao mesmo tempo, integrada ao corpo. É a partir da conquista da psique que podemos dizer que alguém começa a se constituir. Esta é uma grande conquista,

a integração significa responsabilidade, ao mesmo tempo que consciência, um conjunto de memórias, e a junção de passado, presente e futuro dentro de um relacionamento. Assim, ela praticamente significa o começo de uma psicologia humana (WINNICOTT, 1988, p. 140).

A constituição psíquica como base para um mundo interior em comunicação com o mundo exterior se forma nas repetidas experiências de integração as quais nos apontam para um funcionamento da *memória da presença*, condição para a realização das demais conquistas do amadurecimento e para um caminho considerado saudável dentro da perspectiva winnicottiana. Esta presença será a base para os futuros amadurecimentos, como veremos nas fases seguintes.

2.2.2 Dependência relativa

Quando tudo corre bem, ao final da fase de *dependência absoluta*, assistimos à constituição da psique e, com ela, formas mais sofisticadas na relação do bebê com o mundo, já que o seu desenvolvimento intelectual também está amadurecendo. Segundo Winnicott (1960), neste momento “o lactente muda de um relacionamento com um objeto *subjetivamente concebido* para uma relação com um objeto *objetivamente percebido*” (p. 45, grifo nosso), e com isso grandes mudanças em termos de seu relacionamento com o mundo se operam. A começar pela *relação de objeto*.

Como vimos, na fase de *dependência absoluta*, o bebê não é capaz de relacionar-se com a mãe como um objeto externo a ele, mas como uma parte dele mesmo, ‘criação’ sua. Ao final desta fase, ela já começa a perceber-se como alguém separado, pois o *ambiente*

suficientemente bom possibilitou-lhe viver a experiência de onipotência fundamental para a constituição do *eu* unitário.

A *dependência relativa* se caracteriza, especialmente, por uma diminuição da dependência do ambiente e, com isso, de sua capacidade de adaptar-se a pequenas falhas deste, de modo que “se pode distinguir entre a dependência que está além da capacidade de percepção do lactente e a dependência da qual o lactente pode tomar conhecimento.” (WINNICOTT, 1963e, p. 83). O que ocorre é que o bebê começa a conhecer o ambiente como externo, e torna-se capaz, por exemplo, de perceber quando será alimentado, já que ele “pode esperar uns poucos minutos porque os ruídos na cozinha indicam que a comida está prestes a aparecer. Ao invés de simplesmente ficar excitado pelos ruídos, o lactente usa esses novos itens para se capacitar a esperar” (WINNICOTT, 1963e, p. 83).

É importante lembrar que essa conquista só pode ocorrer dentro de uma previsibilidade, de uma constância no cuidado, essa percepção saudável do ambiente é tornada capacidade devido à presença contínua do ambiente materno, que continua, persiste e está lá para o bebê. Para Winnicott (1988), a capacidade intelectual do bebê está em desenvolvimento e por isso deve estar lado a lado do seu desenvolvimento emocional, do contrário, torna-se defesa, adianta-se para dar conta da falha. O intelecto, neste caso, funciona construindo respostas para as falhas, o que é prejudicial, pois deixa de estar junto do desenvolvimento emocional e passa a ser reação à falha. Explica o autor,

O intelecto começa a explicar, admitir e antecipar a desadaptação (até certo ponto), transformando assim a desadaptação novamente em adaptação total. As experiências são catalogadas¹⁶, classificadas e relacionadas a um fator tempo. Muito antes de o pensamento se transformar numa característica, possivelmente necessitando de palavras para se realizar, o intelecto já tem uma tarefa a cumprir. A função intelectual varia enormemente de um bebê a outro, visto que o trabalho a ser realizado pela mente depende não de fatores inerentes ao ser ou do crescimento em si mesmo, mas do comportamento do ambiente, ou seja, da mãe que cuida do bebê (WINNICOTT, 1988, p. 161).

A *dependência relativa*, dura em média dos seis meses a dois anos, tempo no qual o bebê está se capacitando a suportar a ausência materna e a experimentar sentimentos em relação a isto, visto que “a criança emerge de um estado de fusão com a mãe, um processo que exige desta a capacidade tanto de amar como de odiar” (WINNICOTT, 1979, p. 116),

¹⁶ Nesta citação, Winnicott utiliza a expressão catalogada como um registro da “lembrança inconsciente de reação ao trauma”. Abram explica ainda que a lembrança “será armazenada pelo inconsciente, porém não poderá ser processada” (1996, p.191).

atingindo assim a chamada *posição depressiva*, da qual não trataremos aqui, visto não ser nosso objetivo.

Deste modo, uma das principais tarefas pertinentes à separação *eu e não-eu* desse estágio é a realização do *desmame* gradual, no qual “a principal tarefa da mãe (após propiciar oportunidade para a ilusão) é a desilusão” (WINNICOTT, 1971, p. 28), processo no qual o bebê experimenta saber que o seio não foi criação sua, mas é parte do mundo externo, do corpo da mãe. Mas só tem sentido falar em *desmame*, se a oportunidade para a vivência da ilusão foi criada e gradualmente o bebê pode experimentar a perda desta pela provisão que o ambiente fornece, de modo que “o simples término da alimentação ao seio não constitui desmame” (WINNICOTT, 1971, p. 28).

Quando o desmame não se realiza, ou seja, ocorre falha ambiental em não atender a necessidade do bebê de experimentar a desadaptação, tal experiência pode se tornar traumática, pois impossibilita o amadurecimento do bebê. Por isso, na perspectiva winnicottiana, a adaptação ambiental às necessidades do bebê não são fixas, mas dependem da relação, da intimidade e da comunicação silenciosa que se estabelece entre a dupla mãe-bebê. Segundo Dias, (2003, p. 3), a possibilidade do aspecto traumático se concretizar, “continuará a valer para todos os estágios subsequentes – se o bebê, tendo avançado em seu processo, precisar retornar por algum tempo a um estágio anterior e a mãe não puder reconhecer e aceitar o fato.”

Deste modo, a premissa de que o mundo deve ser apresentado aos poucos e ao tempo do bebê, não cessa. Ela continua nessa fase, de forma que esta apresentação trata-se de “algo que não pode ser feito por pensamento, nem pode ser manejado mecanicamente. Só pode ser feito pelo manejo contínuo por um ser humano que se revele continuamente ele mesmo, não há questão de perfeição aqui” (WINNICOTT, 1963e, p. 83). Com isso, Winnicott mostra a importância do manejo e *desmame* dessa fase ser realizada pela mãe, aquela que constitui-se como presença e oportuniza a experiência da *ilusão de onipotência*, e, com isso, o que designamos de *memória da presença*.

Com a diminuição da *dependência*, o ambiente torna-se mais sujeito às imperfeições. Imperfeições as quais, o bebê que teve um bom começo, está mais capacitado a suportar, por intermédio da experiência da *desilusão de onipotência*. É por meio desta que o bebê começa a perceber o mundo como externo a ele, o que é necessário para que “a falha ambiental, portanto, exerça seu papel positivo, possibilitando ao lactente começar a reconhecer um mundo que é repudiado” (WINNICOTT, 1963f, p. 165), com isso podemos dizer do início de uma *relação de objeto*.

Importante lembrar que assim como a apresentação do mundo ao bebê como sustentação das suas necessidades deve ser contínua e previsível, assim também o é sua necessidade de desadaptação, pela gradual conquista de autonomia do ambiente materno, quando ele começa a perceber sua *dependência* e sinalizar quando e como precisa de cuidado, por exemplo. Assim, “o lactente pode se dar conta da necessidade de detalhes do cuidado materno, e pode de modo crescente relacioná-los ao impulso pessoal, e mais tarde, num tratamento psicanalítico, pode reproduzi-los na transferência¹⁷” (WINNICOTT, 1960, p. 46) como veremos quando tratarmos de casos de regressão de pacientes neuróticos.

Segundo Winnicott (1963e),

A recompensa neste estágio de dependência relativa é que o lactente começa, de certo modo, a se tornar *consciente dessa dependência*. Quando a mãe está longe por um tempo superior ao da sua capacidade de crer em sua sobrevivência, aparece ansiedade, e este é o primeiro sinal que a criança percebe. Antes disso, se a mãe está ausente, o lactente simplesmente falha em se beneficiar de sua habilidade especial de evitar irritações ou incômodos, e certos desenvolvimentos essenciais na estrutura do ego falham em se tornar bem estabelecidos (WINNICOTT, 1963e, p. 84).

Defendemos, aqui, que há, também nessa fase, um *funcionamento de memória* sofisticando-se, já que o bebê está construindo a imagem interna da mãe, assim como a percepção dela como externa a ele, com um cheiro, força e ruídos próprios. Então, se a mãe se ausenta mais do que o bebê é capaz de suportar, ele experimenta a ansiedade e, com ela, começa a experimentar sentimentos ambíguos em relação à mãe, visto que ela não se ateu a sua necessidade e desejo (que começa a existir). De modo que, “uma mãe faz muito ao saber as necessidades do ego da criança, sendo tudo isso não registrado na mente da criança” (WINNICOTT, 1963e, p. 83). Conforme Winnicott, nesta fase esta impressão (imagem) está se constituindo pelo amadurecimento do intelecto, anterior a um funcionamento mental mais maduro.

A conquista da *relação de objeto* nos mostra uma mudança de perspectiva do ponto de vista do bebê em relação ao mundo. É a partir dela que o bebê começa a se relacionar e pode vivenciar os primeiros contatos com a realidade externa, que neste início ainda é permeada

¹⁷ Conforme Winnicott, a transferência no processo analítico tradicional refere-se a um “valioso material que emerge para análise nos termos do relacionamento emocional entre o paciente e o analista. Na transferência inconsciente aparecem amostras do padrão pessoal da vida emocional do paciente ou de sua realidade psíquica. O analista aprende a detectar estes fenômenos inconscientes da transferência e, empregando os indícios fornecidos pelo paciente, consegue interpretar o que está pronto para ser conscientemente aceito em uma dada sessão” (1958b, p.108). Veremos que nos casos de psicopatologias como os quadros de psicose e falso *self*, a transferência toma sentidos distintos dos casos de neurose.

por uma *área intermediária*. É nesta área que ocorrem os *fenômenos transicionais*, os quais inauguram uma nova e única forma de relação do bebê com o mundo externo, pois dizem de um modo de relação que não está nem somente no mundo subjetivo e nem totalmente no mundo objetivo. Ela ocorre no *entre* e, por isso, é tão salutar e produtiva para todos os modos de relação da vida do bebê, da criança, do adulto e do velho. Winnicott (1971) entende que esta *área intermediária*, é fonte da capacidade criativa inerente a todo ser humano. De modo que, a despeito de “pertencer à realidade interna ou externa (compartilhada), constitui a parte maior da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador” (WINNICOTT, 1970, p. 30).

Assistimos nesta fase à tensão entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo que se impõe ao bebê, visto que ele experimentou a *desilusão* de perceber que o mundo que ele acreditava ser criado por ele, já existia. Esta é uma tensão inerente ao viver e, nela se produz uma experiência positiva, quando há continuidade de um *ambiente bom*, capaz de propiciar ao bebê a vivência nesta área intermediária dos *objetos transicionais*.

Segundo Winnicott (1971), os *objetos transicionais* devem ser permitidos ao bebê “por causa do reconhecimento intuitivo que os pais têm da tensão inerente à percepção objetiva, e não contestamos o bebê a respeito da subjetividade ou objetividade exatamente nesse ponto em que está o objeto transicional” (p. 29). Mais uma vez, o *ambiente suficientemente bom* reconhece a necessidade desta *área intermediária* em que o bebê cria um modo próprio de se relacionar com o mundo.

No que se refere aos propósitos de nosso trabalho, é importante reconhecer que a experiência com os *objetos transicionais* só podem ocorrer depois das conquistas do estado unitário do *eu*, os quais dependem, do nosso ponto de vista, da constituição da *memória da presença*, ocasionada na experiência de *ilusão de onipotência*. Winnicott traz importantes contribuições acerca dos *fenômenos transicionais* e o modo de funcionamento deles com o ambiente externo e o bebê, os quais extrapolam nossos objetivos.

No entanto, é importante considerar que nesta fase o bebê, por ter uma psique mais aprimorada, já começa constituir pequenas amostras do que compreendemos como uma memória representacional do ambiente materno, que se mistura com o *objeto transicional*. Por isso, o ursinho, a fralda, a chupeta, que podem se tornar *objetos transicionais* só fazem sentido para a experiência do bebê na medida em que são ‘alimentados’ pela presença efetiva da mãe, no cuidado. Sem essa presença, o objeto deixa de ‘funcionar’ e, portanto, morre. Ao morrer o objeto, e esta área intermediária de relação entre o mundo subjetivo e o mundo

objetivo, morre também a capacidade criativa do bebê de instaurar um modo próprio de dar sentido à realidade, constituído pela criatividade e fundamental para o *continuar a ser* do bebê. Quando esta experiência é positiva, ofertada pelo *ambiente suficientemente bom*, o bebê, ao final desta fase torna-se capaz de experienciar o mundo externo cada vez mais sofisticadamente.

Caminhando para o final da fase de *dependência relativa* há uma nova mudança na relação do bebê com o mundo externo, que agora se impõe de fato ao bebê, visto que ele não mais se adapta como o ambiente materno o fazia. A conquista da *relação de objeto*, da relação com o *objeto transicional* leva-o agora ao *uso do objeto*. O *uso do objeto* se caracteriza por uma nova mudança na perspectiva do bebê, que passa a *possuir* o objeto e com isso vê a necessidade de destruí-lo, já que ele não é mais só criação sua. Vimos assim, na *dependência absoluta* o bebê *criando* o objeto subjetivo e ao final desta fase, o bebê pode estabelecer uma relação de *posse* com o objeto. Neste processo:

Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção, pelo sujeito, do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva; na verdade, o reconhecimento do objeto como entidade por seu próprio direito (WINNICOTT, 1971, p. 144).

A experiência de colocar o objeto fora de sua onipotência é oportunizada pela *destruição do objeto subjetivo*, mas a grande conquista da relação do bebê com um mundo externo a ele é dada pela *sobrevivência* deste objeto, que ele destruiu subjetivamente. É daqui que podemos dizer que uma relação com um mundo objetivo, externo, começa de fato a existir. Segundo Winnicott (1971, p. 45) “é a destruição do objeto que o coloca fora da área do controle onipotente do sujeito. Dessa forma, o objeto desenvolve sua própria autonomia e vida e (se sobrevive) contribui para o sujeito, de acordo com suas próprias propriedades”.

Ao destruir o objeto, o sujeito pode usá-lo e, com isso, destruí-lo sempre na fantasia, pois há um objeto real sobrevivendo. A mãe que sobrevive a esta destruição oportuniza ao bebê experienciar sua agressividade e seu amor como partes do desenvolvimento saudável de todo indivíduo. As consequências da não experimentação da destruição do objeto são importantes em termos do desenvolvimento com o mundo externo, visto impedirem que o bebê relacione-se com o objeto como totalmente externo a ele e, portanto, que pode ser usado subjetivamente.

As condições ofertadas pelo *ambiente bom* nos primórdios da vida continuam como base para a continuidade do desenvolvimento emocional do bebê. Dias (2003, p. 248) esclarece “o impulso do bebê de destruir é real, e ele precisa experimentá-lo, mas só poderá fazê-lo se houver segurança, isto é, se não houver risco de o objeto sucumbir”, ou seja, se o bebê não puder confiar no ambiente, ele não poderá experimentar sua agressividade. E aqui, agressividade refere-se à capacidade do bebê de expulsar o *objeto subjetivo* para a realidade e, com isso, *amadurecer* na forma de se relacionar com o ambiente externo. A conquista desta destruição subjetiva cria e oportuniza um avanço na relação do bebê com o mundo, pois, como vimos, “caso o objeto sobreviva, o impulso (destrutivo) se transforma na capacidade de usar o objeto que sobreviveu” (p. 248).

Para Winnicott (1971), a mudança para o *uso do objeto* é que efetivamente instala o início da fantasia, de forma que,

[...] o sujeito diz ao objeto: 'Eu te destruí', e o objeto ali está, recebendo a comunicação. Daí por diante, o sujeito diz: 'Eu te destruí. Eu te amo. Tua sobrevivência à destruição que te fiz sofrer, confere valor à tua existência, para mim. Enquanto estou te amando, estou permanentemente te destruindo na fantasia' (inconsciente) (WINNICOTT, 1971, p.145).

A fantasia habitando um mundo interno chega ao final desta fase, com um psiquismo formado, a intelectualidade amadurecendo, e dá lugar para a constituição do bebê como um *eu* totalmente separado do ambiente materno, o que veremos a seguir. Na constituição do *Eu-Sou*.

2.2.3 Rumo à independência

A conquista desta fase é a vivência pelo bebê de cada vez menos adaptação do ambiente materno, pois agora ele já tem condições mais elaboradas de lidar com o mundo. A base foi bem constituída, a confiança no ambiente que constituiu a *memória da presença* dá espaço agora à experiência com uma memória representacional e isto é um passo importante na perspectiva winnicottiana. Conforme Winnicott (1960), o bebê consegue viver sem cuidado real, mas isso “é conseguido através do acúmulo de **recordações do cuidado**, da projeção de necessidades pessoais e da **introjeção de detalhes do cuidado materno**, com o desenvolvimento da **confiança** no meio” (p. 46, *grifo nosso*).

As recordações do cuidado referem-se às experiências de lembrança ‘sentida’ de como é este cuidado, ao passo que a introjeção dos cuidados maternos, dizem respeito a toda gama de cuidado realizada pela adaptação materna nas fases anteriores que não são sabidas pelo indivíduo, mas participam da sua constituição, habitam sua experiência com o mundo. Conforme discutimos anteriormente, elas são constituídas como *memória da presença* e são a base para todas as demais conquistas do indivíduo no decorrer da vida.

Nesta fase, o bebê com mais de dois anos já está mais apto a relacionar-se com o mundo de maneira inteira e com isso queremos dizer que ele já se reconhece como alguém completamente diferente de tudo aquilo que é *não-eu*. Assim, “existe um eu (*self*), que contém tudo, ao invés de elementos dissociados colocados em compartimentos, ou dispersos e abandonados” (WINNICOTT, 1971, p. 111) o que é uma importante conquista do amadurecimento.

Esta fase em que ele se percebe como alguém é o estágio do *Eu-sou*, em que “ele se torna uma pessoa total, consciente de si mesma e consciente da existência dos outros” (WINNICOTT, 1988, p.56). A importância desta perspectiva para o bebê é que a partir de *ser* ele pode *fazer* algo no mundo e lidar com isso de maneira nova. Segundo Winnicott, “o estágio possui significação devido à necessidade do indivíduo de chegar ao ser antes do fazer. 'Eu sou' tem de preceder 'eu faço', pois, de outra maneira, 'eu faço' torna-se desprovido de significado para o indivíduo” (WINNICOTT, 1971, p. 207).

Com isso, o bebê começa a operar ações no mundo e pode começar a lidar com as consequências destas ações. Ele faz e percebe que isto gera mudanças no mundo externo a ele e uma gama de sentimentos é descoberta a partir de então e as relações interpessoais começam a ganhar contornos mais complexos. Consoante o autor, “a criança torna-se autônoma e é capaz de assumir responsabilidades por si mesma, independentemente de um apoio de ego altamente adaptativo” (WINNICOTT, 1971, p. 207).

Segundo Winnicott (1988), somente nesta fase é que faz sentido falar de relacionamento, “indicando que algo que ocorre entre pessoas, o EU e os objetos” (p. 88). Deste modo, a primeira relação objetal constituída pela mãe e, em seguida, pelo pai “é o triângulo simples que apresenta as dificuldades e também toda a riqueza da experiência humana” (p. 56). É na relação triangular ocasionada pela mãe e pelo pai e, posteriormente, pelas demais relações sociais que o bebê experimenta a complexidade das relações humanas. É desta composição que está à espera do bebê quando ele nasce, que “os pais fornecem também a continuidade no tempo, talvez uma continuidade desde a concepção da criança até o fim da dependência, que caracteriza o término da adolescência” (WINNICOTT, 1988, p. 56).

Nesta fase, ocorrem diversos avanços nas elaborações imaginativas (funcionamento da psique) que compõem as relações, sobre as quais não trataremos neste trabalho. Com o bebê conquistando *certa* independência do ambiente, assistimos à conquista da identidade e da complexidade das relações, a partir deste novo lugar de relação conquistado. No entanto, é importante lembrar que as conquistas do amadurecimento não são fixas e inquebráveis, elas dependem de uma continuidade que é salutar para a saúde emocional de qualquer indivíduo. Por isso, Winnicott (1971) reconhece *certa* independência, um caminho *rumo* a esta. “Existe ainda, naturalmente, vulnerabilidade no sentido de que um fracasso ambiental grosseiro pode resultar na perda da nova capacidade do indivíduo de manter integração na independência” (p. 207). Conforme o autor,

A independência não se torna absoluta e o indivíduo visto como unidade autônoma nunca, de fato, é independente do meio ambiente, embora existam maneiras pelas quais, na maturidade, ele possa sentir-se livre e independente, tanto quanto contribua para a felicidade e para o sentimento de estar de posse de uma identidade pessoal (WINNICOTT, 1971, p. 220).

A *independência* só existe na medida em que comporta a possibilidade da *dependência*, aquela que deixa aberto ao indivíduo a possibilidade de voltar à *dependência*, reconhecendo-a como parte do viver, seja nas experiências do brincar criativo, do descanso. Experiências essenciais que foram oportunizadas no início da vida do bebê, pela confiabilidade no ambiente que se constitui como *memória da presença*. Esta presença não sabida é sempre o ‘lugar’ para onde um indivíduo constituído como alguém, como um *eu* unitário e, portanto, em condições mais saudáveis que os pacientes psicóticos, pode voltar.

Lembrando que, “o que é adaptativo ou ‘bom’ no ambiente está construído no armazém de experiências do lactente como se fosse uma qualidade do *self*, indistinguível, de início (pelo lactente), do funcionamento sadio do próprio lactente” (WINNICOTT, 1963c, p. 91), consolidando então, do nosso ponto de vista, um lugar no passado que se atualiza no presente, pela oportunidade de experimentar a *dependência* salutar, na qual o bebê, num estado fusional com a mãe, podia sentir o amor devotado como algo seu, parte do seu crescimento.

Isto posto, passaremos para o próximo capítulo, onde trataremos da *memória da ausência* e das falhas no constituir-se.

3 MEMÓRIA DA AUSÊNCIA: AS FALHAS NO CONSTITUIR-SE

Em nosso percurso, mostramos que, para Winnicott, o ser humano tem uma tendência inata ao crescimento e desenvolvimento, caracterizada pela *continuidade de ser*, nunca definitivamente completa, mas numa relação de *dependência absoluta* do ambiente à *independência* relativa. Vimos, anteriormente, que a maternagem como saúde é o que irá possibilitar ao bebê constituir-se como um *eu* e seguir seu processo maturacional. Winnicott (1954) defende que nos primeiros meses de vida, as conquistas do crescimento irão possibilitar os fundamentos da existência do indivíduo, pois se tudo correr bem, um *eu* começa a existir e “tudo aquilo que provém do verdadeiro *eu* é sentido como real (e posteriormente bom), seja qual for a sua natureza” (1954, p. 389).

A base para a saúde mental se forma na evolução pessoal, garantida pela continuidade no desenvolvimento, ao passo que a doença se instaura quando há uma interrupção neste desenvolvimento, ou seja, uma falha ocasionada pelo ambiente, que fracassou em não adaptar-se às necessidades do bebê, rompendo sua *continuidade de ser*. O trauma será caracterizado como

[...] uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da 'ansiedade impensável'¹⁸ ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego (WINNICOTT, 1971, p. 155).

Vimos que o que denominamos de *memória da presença* vai constituindo um *eu* verdadeiro. No entanto, quando este *eu* não pôde ser conquistado devido às falhas ambientais extremas, em seu lugar pode se constituir um falso *si mesmo*. O falso *si mesmo*, não mais verdadeiro, mas, sobretudo reativo, defesa contra as intrusões ambientais é “sentido como irreal, inútil (e posteriormente ruim)” (WINNICOTT, 1954, p. 389).

O falso *eu* é caracterizado por Winnicott (1954) em duas formas, um falso *eu* “saudável” ligado ao *self* verdadeiro, que exerce as funções sociais, papéis, mas que mantém uma comunicação com o *self* verdadeiro. Já em casos extremos e patológicos, o falso *self* desconhece qualquer comunicação com o *self* verdadeiro, por isso é incapaz de viver

¹⁸ Agonias impensáveis: que não podem ser pensadas, trata-se de agonias primitivas, ligadas ao não sentir-se vivo e real experimentado nos processos de integração. No seu lugar, há a vivência da fragmentação, do sentir-se despedaçado, sem relação com o tempo e espaço, vivências, portanto traumáticas por impedirem o continuar a ser do indivíduo. Winnicott (1960 a, p. 57) as nomeia também de ansiedade inimaginável, e são caracterizadas pela: “desintegração; cair para sempre; não ter conexão alguma com o corpo; carecer de orientação”.

experiências, torna-se o protetor do verdadeiro *self*, e teme que este seja invadido e caia nas agonias impensáveis, isto é, que carecem de existência.

3.1 PSICOPATOLOGIA WINNICOTTIANA

A caracterização da patologia em Winnicott se dá em relação às fases do desenvolvimento emocional. É neste *elo* entre o início da vida e a caracterização da doença que o autor propõe compreender a psicopatologia¹⁹. É da *base* que se vê a constituição da neurose, da psicose e dos casos limítrofes, estes últimos serão abordados por Winnicott (1988), especialmente nas elaborações teórico-clínicas. Ele afirma que “parece improvável que exista uma loucura que pertença inteiramente ao presente”, é nos primórdios do desenvolvimento emocional que podemos compreender os adoecimentos, com isso quer afirmar que mesmo a psicose em adolescentes ou adultos tem laços com a história inicial do paciente (WINNICOTT, 1965, p. 96).

Conforme vimos anteriormente, Winnicott (1963b) postula que o ambiente deve propiciar ao lactente a conquista de várias tarefas, três especialmente: *a integração, a personalização ou integração psicossomática e introdução das relações objetais*, iniciadas pela constituição do objeto subjetivo na experiência de *ilusão de onipotência*. Cada uma destas tarefas é importante para a constituição do estado unitário do *eu* (finalizado no estágio do *Eu sou*, conforme vimos no capítulo anterior) e a caracterização da psicopatologia winnicottiana terá como fundamento diagnosticar em que fase do desenvolvimento o indivíduo foi paralisado, por não ter realizado estas tarefas, tendo diferentes perspectivas de trabalho em cada uma delas.

3.1.1 Neurose

De maneira simplificada, podemos dizer que na neurose um *eu* pôde se constituir-se e estabelecer relações objetais, tendo o paciente atingido “certo estágio de desenvolvimento

¹⁹ Há ainda, um quadro psicopatológico descrito por Winnicott, de *tendência anti-social*, que não se enquadra nem nos casos de neurose, nem de psicose. Segundo o autor, a tendência anti-social, refere-se a uma privação ocorrida durante a fase da dependência relativa, e por isso uma falha posterior à fase de dependência absoluta, com consequências distintas na forma de perceber a falha pela criança. Explicita Winnicott (1959-1964, p. 123), “um rapaz ou uma moça anti-social é uma criança privada de algo. A criança privada de algo é uma criança que teve algo suficientemente bom, e depois não mais o teve, o que quer que seja, tendo havido então suficiente crescimento e organização do indivíduo na ocasião *da privação* para essas privações **serem percebidas** como traumáticas”.

emocional e que, tendo sido atingidos a primazia da genitalidade e os estágios do complexo de Édipo, certas defesas contra a ansiedade de castração foram organizadas” (WINNICOTT, 1959-1964, p. 119). O adoecimento será caracterizado pelo grau de rigidez destas defesas, como postula a psicanálise clássica.

Dias (2003) enfatiza que, na perspectiva winnicottiana, a neurose é sinônimo de saúde, visto que um *eu* pôde constituir-se, há uma história e o indivíduo poderá lidar com as angústias das relações objetais. Poder constituir-se como *um* integrado, separado do ambiente, portanto capaz de estabelecer relação com o mundo, por ter um lugar existencial é uma grande conquista.

Winnicott (1963b) afirma, ainda, no que tange à neurose que “o termo é empregado para descrever a doença das pessoas que ficam doentes no estágio do complexo de Édipo, no estágio de experimentar relacionamentos entre três pessoas totais” (p. 197). Portanto, três pessoas que são identificadas e reconhecidas pela criança como inteiras e separadas dela, fazendo parte deste momento o *inconsciente reprimido*. Segundo o psicanalista, a neurose é relativa às pessoas consideradas ‘normais’, visto terem atingido o estágio do *Eu-sou* e, portanto, tem garantidas as conquistas *da integração, da personalização e das relações de objeto*. Com uma psique própria estão ‘prontas’ a viver as defesas referentes à ansiedade e conflitos deste período.

Assim, na neurose, o quadro é mais favorável em termos de saúde e pelo trabalho analítico tradicional. O analista “torna possível a redução da quantidade de repressão e no final do tratamento os relacionamentos interpessoais vêm a ter uma expressão e experiência mais plena e há uma redução do componente pré-genital da sexualidade” (WINNICOTT, 1963b, p. 198).

3.1.2 Psicose

Conforme Winnicott (1963b), na psicose, e em todas as demais doenças mentais fora a neurose, as defesas são de ordem mais primitiva, pois as falhas foram tamanhas ao ponto de não constituir-se um *eu* separado do ambiente. Não tendo um *eu*, não haverá defesa como a da neurose, para se formar. “Na loucura encontramos, ao invés de repressão, os processos do estabelecimento da personalidade e da autodiferenciação ao contrário” (p. 198).

Nestes casos, ocorre uma cisão e uma falta de comunicação entre o mundo subjetivo (incapaz de viver a experiência da criação do *objeto subjetivo*, devido à falha ambiental) e o mundo objetivo, bem como a vivência do colapso. Por isso, “ocorre ansiedade de

aniquilamento, e não de castração” (WINNICOTT, 1959-1964, p. 119). Se as bases para a constituição de um *si mesmo* não foram garantidas, não há como se firmar uma relação triangular, não há um *eu* capaz de relacionar-se, daí o aniquilamento, um *eu* muito precário, em vias de sucumbir-se tamanha a falta de presença. Winnicott (1963b) argumenta que na psicose,

[...] no caso extremo não houve nenhum complexo de Édipo verdadeiro porque o indivíduo ficou tão preso ao estágio anterior do desenvolvimento que o relacionamento triangular verdadeiro e a carga máxima nunca se tornaram um acontecimento (WINNICOTT, 1963b, p. 198).

Neste extremo, não há história para contar, pois nenhuma psique integrada pôde ser formada capaz de estabelecer relações e poder contar uma história como sua, é tudo fragmentado, misturado, sem contorno, sem *eu*. Vimos que a impossibilidade da *integração* leva à constituição da doença, mas de que forma Winnicott compreende isto? Para o autor, antes de *integrar* experiências, o bebê vive num estado de *não-integração*. Ele é um conjunto de fenômenos sensório-motores, uma *não-unidade*, acompanhada de uma não consciência. É a partir da *não-integração* que uma *integração* pode formar-se.

Participam da *integração* tanto fatores ambientais o cuidado *suficientemente bom* da mãe, que ao cuidar fisicamente (segurar, manejar) imprime também um cuidado emocional, quanto fatores internos, que irão favorecer a *integração* num *eu*, capaz de ter consciência e sentir-se separado do ambiente. Os fatores internos referem-se a “exigência instintiva ou a expressão agressiva, cada uma delas sendo precedida por uma convergência aglutinadora do *self* como um todo. Nestes momentos, a consciência se torna possível, pois ali existe um *self* para tomar consciência” (WINNICOTT, 1988, p. 137). Por isso, chegar à conquista do *eu*, possibilitada pela *integração*, é um grande avanço no desenvolvimento emocional e condição indispensável para falarmos de saúde e relações interpessoais.

Winnicott (1988) reitera que é preciso garantir que a *integração* continue, tenha constância, porque no começo ela ainda é precária, sensível à descontinuidade. Desde muito cedo, o bebê é capaz de *sentir* no corpo “uma mistura de memórias de ser levado ao colo e da experiência de não estar sendo suficientemente bem seguro”, o que é sentido pela descontinuidade no segurar. O bebê ‘teme’ não integrar-se, isto é não ter um corpo e uma psique como algo unitário (WINNICOTT, 1988, p. 138).

Quando isto ocorre, o bebê sente-se na precariedade, e há “exploração das sensações da pele, a dramatização do cuidado físico e a ênfase excessiva na capacidade de cuidar de si

próprio”, por meio do desenvolvimento precoce do intelecto, por exemplo (WINNICOTT, 1988, p. 138). Estas vivências demonstram o descompasso entre as necessidades do bebê e o que ambiente oferece, que já muito precocemente o bebê necessita ajustar-se, ou seja, reagir ao ambiente, reagir ao ambiente que não cuidou como ele precisava.

A tarefa da *integração* é primordial em termos de saúde mental visto que é da permanência desta que o *eu* vai se alimentando, ela “provoca um sentimento de sanidade, enquanto a perda da integração que havia sido adquirida produz uma sensação de enlouquecimento” (WINNICOTT, 1988, p. 13). A impossibilidade de integrar-se num *eu* é enlouquecedora e causa das psicopatologias²⁰.

Quando tudo corre bem, nos momentos de integração, o bebê e o adulto bem cuidado, pode experimentar de novo a *não-integração*, um estado nomeado por Winnicott (1988), de intermediário, no qual o bebê pode “relaxar e não integrar-se, e tolerar (mas apenas tolerar) sentir-se “louco” no estado não-integrado”(p. 139). Esta *não-integração* pode ser compreendida como os estados de devaneio no mundo subjetivo, conforme mostramos na experiência de *ilusão de onipotência* no capítulo anterior. Fora destas condições, o que poderá ocorrer é uma desintegração, de caráter defensivo, um medo de desintegrar-se, e voltar ao caos existente antes de constituir-se um *eu*.

Segundo Winnicott (1988),

A desintegração, depois que o indivíduo atingiu o status de unidade, consiste num desfazer organizado da integração, produzido e mantido em razão de ansiedades intoleráveis na vivência da totalidade. A cisão relativa à integração ocorre ao longo das linhas de clivagem na estrutura do mundo interno, ou de alguma clivagem percebida no mundo externo (WINNICOTT, 1988, p. 158).

Winnicott (1988) explica que a *desintegração* só poderá ser vivida novamente na *loucura*, pois não houve uma adaptação ativa do ambiente com o bebê. Ao invés de integração, há uma cisão significativa na experiência do bebê. Os resultados serão:

a) a raiz do verdadeiro self dotado de espontaneidade permanece relacionada onipotentemente ao mundo subjetivo, incomunicável; b) o falso self baseado na submissão (destituído de espontaneidade) relaciona-se com o que chamamos de realidade externa (WINNICOTT, 1988, p. 158).

²⁰ A psicopatologia para Winnicott tem sua etiologia no processo de amadurecimento, quando falhas ocorreram no processo maturacional.

Nestes casos extremos de inadaptação do ambiente materno, “o lactente existe somente na base da continuidade de reações a irritações e da recuperação de tais reações” (WINNICOTT, 1960 a, p. 51). Isto é percebido nos episódios em que o bebê não é cuidado e reconhecido no seu tempo. Quando *sente* a impaciência, a agitação, a excitação e até a morbidez das mães, ao ser segurado e manejado. Nestes casos, o bebê tem seu gesto substituído pelo gesto materno, já que ele se adequa e reage ao ambiente fazendo aquilo que a mãe impõe.

Winnicott (1960a) constata que o bebê não *sabe* da ausência da adaptação materna, mas sente as consequências dela, “o lactente se torna consciente de reagir a alguma irritação” e “o resultado de cada falha no cuidado materno é que a continuidade de ser é interrompida por reações às consequências desta falha, do que resulta o enfraquecimento do ego” (p. 51).

Vimos que a etiologia winnicottiana da psicose demonstra que ela não tem origem biológica exclusiva, mas se dá em termos relacionais, “existe não apenas o fator de herança, mas também um fator ambiental que opera no estágio mais inicial, ou seja, quando a dependência é absoluta” (1965, p. 96). É preciso esclarecer que psicose, para Winnicott, refere-se a uma perda da sensação de *ser*, de modo que elas formam “distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo”. Estes relacionamentos levarão o indivíduo ao isolamento no mundo subjetivo, o “estar isolado, porém, torna-se cada vez menos puro à medida que a criança afasta-se do início, pois envolve cada vez mais organização defensiva para repudiar a intrusão ambiental” (WINNICOTT, 1952, p. 310).

Importante notar que o estar isolado é diferente da *capacidade de estar só*, pois aqui o isolamento é defesa contra o ambiente, enquanto naquela estar só é possibilitado pela confiança no ambiente, que subsiste à solidão. Explicita Winnicott,

Nossos pacientes psicóticos nos forçam a conceder atenção a essa espécie de problema básico. Percebemos agora que não é a satisfação instintual que faz um bebê começar a ser, sentir que a vida é real, achar a vida digna de ser vivida. Na verdade, as gratificações instintuais começam como funções parciais e tornam-se seduções, a menos que estejam baseadas numa capacidade bem estabelecida, na pessoa individualmente, para a experiência total, e para a experiência na área dos fenômenos transicionais. É o eu (self) que tem de preceder o uso do instinto pelo eu (self) (WINNICOTT, 1971, p.157).

Com esta afirmação esclarece que antes de usar objetos, o bebê precisa *ser*, dentro e em relação ao ambiente. Quando o bebê é exposto a uma inadaptação do ambiente em relação a suas necessidades, na chamada fase de *dependência absoluta*, ele não pode vivenciar a

integração no tempo e espaço, por isso, não vive a experiência de criação do objeto. Com isso, à experiência de *ser* cai num vazio, e o bebê, por defesa, fecha-se num mundo interno, sem comunicação com a realidade externa, já que o ambiente não acolheu seu gesto em direção ao mundo. Vê-se, “nos casos extremos de cisão, a vida interior secreta terá muito pouco do que pertence à realidade externa. Ela é verdadeiramente incomunicável” (WINNICOTT, 1952, p. 311).

Com isso, vemos como é grave o caso das psicoses, nas quais o processo falha, e o bebê não pode vivenciar qualquer experiência como sua, inclusive “pode ocorrer de esse bebê jamais chegar a ter um eu com uma história para contar” (DIAS, 2003, p. 82). Nesta perspectiva, defendemos que uma *memória da ausência* acompanha estes indivíduos, embora eles não saibam que ausência seja essa, já que nem uma história eles puderam reconhecer como de *si mesmos*. Segundo Dias (2003),

[...] a dificuldade básica nas psicoses é a do contato com a realidade, e isto está associado ao fracasso da tarefa de dar início às relações objetais, tarefa que é própria dos estados excitados. No entanto, para que o impulso e o encontro com o objeto sejam sentidos como reais, é preciso que partam de um estado de repouso. Ou seja, o retorno ao relaxamento da não-integração é a condição necessária para que o que quer que se dê nos estados excitados seja sentido como real e possa favorecer a integração num si mesmo também sentido como real (DIAS, 2003, p. 192).

Para compreendermos o prejuízo das falhas, devemos ter claro que, para Winnicott (1988), mesmo antes de nascer, o bebê já começa a ter experiências, que vão ‘formando’ o inconsciente geral, não representacional, nem reprimido. Conforme vimos no tópico sobre memória do nascimento, “antes do parto, o bebê já é capaz de reter memórias corporais, pois existe uma certa quantidade de evidências de que a partir de uma data anterior ao nascimento, nada daquilo que um ser humano vivencia é perdido” (p. 147).

O psicanalista esclarece que os bebês sem uma *mãe suficientemente boa* tendem a crescer “sem qualquer capacidade de ilusão de contato com a realidade externa; ou então esta sua capacidade é tão frágil que facilmente se quebra num momento de frustração, dando margem ao desenvolvimento de uma doença esquizóide” (WINNICOTT, 1988, p. 134). A *mãe suficientemente boa* é a mãe real, capaz de cuidar e propiciar a experiência de *ilusão de onipotência*, que se adapta às necessidades do bebê, tornando o ambiente do bebê o menos intrusivo possível. Compreendemos que a impossibilidade da vivência *da ilusão de onipotência* prejudica todos os desenvolvimentos a ela atrelados, desde a *integração* que

possibilita ao bebê reconhecer-se como alguém no rosto materno até a sofisticação em termos de *relação de objeto*.

A mãe que *não é suficientemente boa* não é capaz de complementar a onipotência do lactente, e assim falha repetidamente em satisfazer o gesto do lactente; ao invés disso, ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente. Essa submissão por parte do lactente é o estágio inicial do falso self, e resulta da incapacidade da mãe de sentir as necessidades do lactente (WINNICOTT, 1959-1964, p. 133, *grifo nosso*).

Nas condições demonstradas acima, o bebê reage ao ambiente, reage a esta ausência, e experimenta a irrealidade, pois para sentir-se real “tem de combinar com a ideia de se sentir real no mundo e sentir que o mundo é real”, sem presença, constituída pela maternagem *suficientemente boa*, ele não pode sentir-se real, ele experimenta a desrealização, ou seja, “a perda de contato com a realidade (compartilhada)” (WINNICOTT, 1963b, p. 202). A ausência da mãe nestes primórdios, quando não excessiva, pode ser corrigida, no reparo subsequente e constante da presença e adaptação materna. Entretanto, explicita Winnicott (1955, p. 389), “se este estado de coisas atinge um certo limite quantitativo, o núcleo do eu passa a ser protegido. Há uma paralisação e o *eu* não consegue novos progressos a não ser que a situação da falha ambiental seja corrigida”.

Deste modo, quando há uma repetição da ausência de cuidados, pela vivência em um *ambiente insuficientemente bom*, o bebê vivencia estados reiterados de *não-integração*, o que é aterrorizante. E “se instaura um padrão de fragmentação do ser” e a “criança cujo padrão é o de fragmentação da continuidade do ser tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início, sobrecarregada no sentido da psicopatologia” (WINNICOTT, 1962, p. 59). Nas palavras do autor,

Em vez do relacionamento com a realidade exterior atenuado pela utilização temporária da onipotência ilusória, desenvolvem-se dois tipos diferentes de relação objetal, que podem existir desconectados um do outro a ponto de constituir uma grave doença, que eventualmente se fará notar na forma clínica conhecida como esquizofrenia. De um lado estará a vida privada do bebê, na qual os relacionamentos têm por base a sua capacidade de criar, *mais do que a memória dos contatos anteriores*, e de outro lado estará um falso self, que se desenvolve sobre uma base de submissão e se relaciona com as exigências da realidade externa de forma passiva (WINNICOTT, 1988, p. 128, *grifo nosso*).

Compreende-se assim que o *eu* que está em fase de constituição, portanto precário e vulnerável, ao sofrer perturbações além do suportável, tem sua *continuidade de ser*

interrompida. Ao precisar reagir ao ambiente, ocorre perda da sua identidade, já que “nesse estágio tão inicial do desenvolvimento ainda não há uma força suficiente do ego para que ocorra uma reação sem perda da identidade” (WINNICOTT, 1949, p. 263). Esta perda da identidade torna-se uma possibilidade real e o bebê fica impossibilitado de reconhecer-se como um *eu* separado do ambiente, visto que não conseguiu nem viver a experiência de fusão com o ambiente materno. Lembrando que é pela mãe (ambiente) que o bebê experimenta a *integração* e consegue ter um rosto, mas nestes casos, o bebê não encontra o rosto materno, mas antes a *ausência* deste, ausência que o impede de sentir-se como um *eu* com um corpo, contornos, tamanho e sentido próprios.

Comprendemos que nesta vivência de perda de identidade, o bebê vai se constituindo por uma *memória da ausência*. Memória que se inscreve pela falha e/ou intrusão ambiental, posto que ao invés de viver experiências, o bebê se vê na necessidade de reagir. Esta reação, por ocorrer antes do momento em que o bebê já é um *eu* separado da mãe, provoca uma separação entre mente e psique precoces para o desenvolvimento emocional e prejudicial para o *eu* que está se constituindo.

Winnicott explica que nestas situações traumáticas, o intelecto²¹ passa a ter mais importância que a psique, de modo a protegê-lo das intrusões, “é como se o intelecto guardasse detalhadamente e em sequência, protegendo desta forma a psique até que seja restabelecido o estado de continuar a ser” (WINNICOTT, 1949, p. 274). Estado retomado somente na possibilidade de um *ambiente suficientemente bom* atento às necessidades do bebê, que se dispõe a realizar as tarefas indispensáveis ao seu amadurecimento. No entanto, quando o ambiente torna-se mais importante que o bebê, o desenvolvimento intelectual do bebê é precoce e torna-se prejudicial, pois ele ocasiona uma dissociação entre mente e psicossoma, na qual o paciente não se reconhece como pertencente ao próprio corpo, vivendo a *despersonalização*.

Ao prover mentalmente as condições para sobreviver, por meio do intelecto, o bebê passa a ‘prever’ a ausência ou intrusão materna e, com isso, desenvolve defesas contra esta falha, fechando-se no mundo interior incomunicável. Ele passa, por exemplo, a não mais olhar para o rosto materno ou esperar pela mudança de humor nele, vivendo a “predizibilidade, que é precária, e força o bebê aos limites de sua capacidade de permitir acontecimentos. Isso

²¹ Winnicott (1952) explica que mesmo em situações não traumáticas, a adaptação nunca é completamente perfeita, ao passo que “o hiato entre a adaptação total e a adaptação incompleta é enfrentado pelos processos intelectuais do indivíduo, pelos quais, gradualmente, as falhas do ambiente tornam-se aceitáveis, compreensíveis, toleráveis, e mesmo previsíveis. A compreensão intelectual converte a adaptação insuficientemente boa do ambiente em adaptação suficientemente boa” (p. 312).

acarreta uma ameaça de caos e o bebê organizará a retirada ou não mais olhará, exceto para perceber, como defesa” (WINNICOTT, 1971, p.178).

Na perspectiva winnicottiana, isto é bastante prejudicial, pois aquilo que é só do intelecto é exterior, não comporta a experiência psicossomática inteira, portanto não é parte da experiência, é sentido como externo pelo bebê, pois não tem corpo nem psique juntos existindo. Por derivar “de um estágio demasiadamente precoce na história do indivíduo, sendo, portanto patologicamente desvinculado do corpo e de suas funções bem como dos sentimentos, impulsos e sensações do ego total” (p. 267), traz prejuízos em seu desenvolvimento emocional. Nestas circunstâncias, a mente passa a existir como uma entidade própria, localizada em algum lugar do corpo e não de modo integrado à experiência do psicossoma.

Durante o processo de *integração*, quando o bebê é exposto à privação, pela ausência de cuidados da mãe, ele não experimenta a *ilusão de onipotência* elementar para o seu reconhecimento como alguém próprio, conforme mostramos no capítulo anterior. Quando o ambiente materno se ausenta mais que x+y+z de tempo, porquanto além do que ele é capaz de reter da imagem da mãe e de sua presença, que ainda não é sedimentada, mas está em processo de formação, por isso não é durável, o bebê experimenta a ruptura, em termos winnicottianos, isso é experimentar a *loucura*. É isto que quebra a *continuidade de ser* do bebê, pois ele não encontra amparo no mundo para o seu movimento, seu gesto. Compreendemos que este processo impossibilita o bebê de se encontrar, visto que o bebê se reconhece neste momento no rosto materno, de modo que a mãe é ele nesse momento. Não encontrá-la é não poder encontrar a *si mesmo*, pois o *objeto subjetivo* só pode ser criado pelo encontro.

Esta é a experiência da ruptura que Winnicott estabelece. É não ter o gesto em direção ao ambiente acolhido, é não *ser* acolhido, é cair no vazio, agonia impensável, por isso, a ênfase no *ser*. É desta experiência que o bebê pode tornar-se alguém. Felizmente, a maioria das crianças “não porta consigo, vida afora, o conhecimento da experiência de ter sido *louco*. A *loucura*, aqui, significa simplesmente uma ruptura do que possa configurar, na ocasião, uma continuidade pessoal de existência” (WINNICOTT, 1971, p. 155).

Observa-se assim que desde muito cedo o bebê é capaz de adoecer e reagir ao ambiente como forma de proteção do *self*. No trecho de um caso de acompanhamento de uma bebê de sete meses realizado por Winnicott, percebemos como a confusão apresentada pelo descuidado com a amamentação propiciou uma reação de fechamento no mundo interior e até

mesmo de exaustão, ao ponto de ela dormir toda vez que era alimentada. Vejamos a descrição do autor (1965a),

Recebi um telefonema de uma mulher que me disse estar envolvida com um hospital pediátrico, mas queria conversar sobre sua filha num registro um pouco diferente. Marquei uma consulta à qual ela compareceu com a criança, que tinha quase sete meses de idade. A jovem mãe sentou-se numa poltrona com a criança em seu colo, e pude facilmente estabelecer as condições de que necessito para observar um bebê dessa idade. Quero dizer que pude conversar com a mãe e ao mesmo tempo lidar com o bebê sem que ela me ajudasse ou interferisse. A mãe logo me pareceu ser uma pessoa bastante normal, dotada de um sentimento tranqüilo para com seu bebê. Não o ficava chacoalhando para cima e para baixo em seus joelhos nem manifestou qualquer atitude falsa. O nascimento da criança fora normal. A criança **“nascera sonolenta”** era difícil fazê-la mamar; ela quase não ficava acordada. A mãe descreveu uma tentativa feita na maternidade **de forçar** a criança a mamar. Ela queria amamentar a filha, e sentia-se **capaz** de fazê-lo. Por uma semana extraiu o leite do peito para ser dado de mamadeira. A enfermeira estava determinada a **fazer a criança mamar**, e sem cessar punha e tirava o bico da mamadeira na boca da criança, fazia-lhe cócegas nos pés, chacoalhava-a para cima e para baixo, em vão. O padrão persistiu a tal ponto que, muito tempo depois, a mãe descobriu que qualquer gesto ativo de sua parte no sentido de alimentar a criança tinha o condão de fazê-la dormir. Ao cabo de uma semana tentou-se dar o peito ao bebê, **mas não se permitiu** à mãe que fizesse uso de seu entendimento intuitivo das necessidades da filha. Tudo foi muito doloroso. A seu ver, ninguém queria que a coisa desse certo. Ela tinha de sentar-se passivamente enquanto a enfermeira fazia tudo o que podia para **induzir a criança a mamar**. A enfermeira, que normalmente era gentil e habilidosa, **agarrava a cabeça do bebê e a empurrava de encontro ao peito, e daí por diante**. Depois de algumas tentativas, que só ocasionaram um sono ainda mais profundo desistiu-se de tentar dar o peito à criança. Uma notável deterioração seguiu-se a esse ensaio malgrado (WINNICOTT, 1965a, p. 100).

Winnicott (1965a) continua a descrição mostrando como esta experiência de forçar a bebê a mamar, bem como realizar exames excessivos, mexer muito com a criança e ainda fazer a mãe acreditar que era incapaz de cuidar de sua filha provocou uma descontinuidade no desenvolvimento desta paciente. Este relato mostra como a comunicação silenciosa entre mãe e bebê quando impossibilitada prejudica sua constituição psicossomática e traz prejuízos na constituição do que denominamos *memória da presença*. Percebemos que o ato de dormir da bebê caracteriza-se como reação à intrusão, pela não vivência da experiência de *ilusão de onipotência* e, por isso, a falha ambiental sentida como ausência de adaptação. No lugar de ter seu gesto acolhido (reconhecimento de seu tempo, ritmo de mamadas, de fome), a bebê vive uma intrusão, com os diferentes “métodos” empregados pela enfermeira no sentido de forçá-la a mamar. Estas experiências bloqueiam a integração e, portanto, em nosso entendimento, a

vivência neste estágio tão precoce de uma *memória da ausência*, que de um modo muito difícil mostra a esta bebê que o ambiente não sabe reconhecer sua necessidade. Necessidade expressa no seu tempo lento, diferente do imposto pela equipe hospitalar, mas para que a mãe mostrava-se capaz de perceber, no entanto não o conseguiu pelas diferentes intrusões a que foi também submetida pela equipe, que sabia o que era ‘melhor’ para aquela criança.

Compreende-se a partir daí que a doença mental chamada psicose ou loucura será caracterizada pela ausência de cuidados e adaptação da mãe (ambiente) ao tempo e espaço do bebê, que impossibilitam a experiência da *ilusão de onipotência*, e, com isso, a possibilidade de habitar um mundo subjetivo seu (sentido como próprio e não como defesa). O bebê impossibilitado de viver esta ilusão, portanto, de realizar o movimento em direção ao mundo, sofre uma quebra e, também, um prejuízo na volta ao mundo subjetivo, visto que “o retorno para o descanso não é mais o retorno para um lugar de repouso, porque o lugar foi modificado e se tomou perigoso” (WINNICOTT, 1988, p. 144).

Para estes bebês, defendemos que a confusão apresentada pelo mundo os constituem (ou impossibilitam sua constituição) por meio de uma *memória da ausência*, não sabida, não comunicada, mas que habita aqueles indivíduos. Eles não viveram o que precisavam viver, foram expostos à inconstância do ambiente, por isso não conseguem confiar no ambiente, prever os cuidados, e nem criar o mundo, pois temem não encontrá-lo. O que se constitui em seu lugar é uma psique fragmentada, sem contornos, sem unidade, muitas vezes descolada do soma, portanto, incapaz de sentir-se real e viver experiências. Eles não viveram a experiência de um *ambiente suficientemente bom*, em que,

[...] os cuidados maternos são contínuos e se caracterizam pela regularidade, consistência, simplicidade e prevenção de coincidências, e no qual, além disso, a mãe é, consistentemente, ela mesma, o bebê pode permanecer por tempo suficiente num mundo subjetivo no qual não se intromete o mundo da realidade externa (DIAS, 2006, p. 5).

O ambiente foi incapaz de possibilitar ao bebê a confiança, experimentar a previsibilidade da mãe que por ser *suficientemente boa*, sabe que o bebê não suporta sua ausência ou intrusão demasiadamente. Porque mesmo sem o saber, o bebê *precisa* da sobrevivência da mãe ao período em que ele se ausenta em seu mundo subjetivo, ao mundo do descanso.

3.1.3 Casos fronteirios

Na caracterização winnicottiana, os chamados casos limítrofes, fronteiriços ou *borderline* são aqueles nos quais há certa organização neurótica, permitindo um acesso ao exame dos sintomas. A psicose está lá, não em colapso total, mas possível de aparecer. Winnicott (1971) afirma que:

[...] pela expressão 'caso fronteiro', quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas onde o paciente está de posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, ou um distúrbio psicossomático, quando a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua (WINNICOTT, 1971, p. 141).

O autor explica que, nesses casos da doença como reação ao ambiente, o falso *self* patológico se ocupa de proteger o verdadeiro *self* como defesa. Esta proteção se dá muitas vezes, na forma de isolamento do *self* verdadeiro, que fica incomunicável e sem relação com o mundo não-*eu*, por isso, fonte de sofrimento. Esta não comunicação isola o paciente de sentir-se real, o impede de ir ao encontro do mundo, já que seu gesto foi paralisado e substituído pela atividade mental, conforme vimos na experiência da *despersonalização*. O “desenvolvimento do falso eu é uma das *organizações defensivas mais bem-sucedidas*, destinada a proteger o núcleo do eu verdadeiro, e sua existência tem por consequência a sensação de inutilidade” (WINNICOTT, 1954, p. 389). Sem o ambiente *suficientemente bom*, não há gesto em direção ao mundo, pois este teme cair no vazio, sucumbir. Desse modo,

O falso *self* se implanta como real e é isso que os observadores tendem a pensar que é a pessoal real. Nos relacionamentos de convivência, de trabalho e amizade, contudo, o falso *self* começa a falhar. Em situações em que o que se espera é uma pessoa integral, o falso *self* tem algumas carências essenciais (WINNICOTT, 1960, p.130).

O paciente *borderline* pode alcançar uma dada funcionalidade normal, operada por um *falso eu*, “adaptado às expectativas de vários níveis do ambiente do indivíduo. Com efeito, o eu submisso ou falso é uma versão patológica do que normalmente seria chamado de aspecto polido e socialmente adaptado da personalidade normal” (WINNICOTT, 1963b, p. 202). No entanto, este *falso self* também não se sustenta indefinidamente, visto que precisa de algum contato com aquilo que emerge do *verdadeiro self*, mas que acontece em meio ao colapso, no sentimento de irrealidade percebido na incapacidade das pessoas ‘normais’ compreenderem a realidade vivida pelo doente mental, neste caso o seu ‘lado’ psicótico.

Na forma patológica deste, o indivíduo eventualmente destrói o eu falso e tenta reafirmar o um verdadeiro, embora isso possa ser incompatível com viver no mundo, ou com a vida. Um colapso nervoso é muitas vezes um sinal ‘sadio’, no sentido de que implica a capacidade do indivíduo de *usar o ambiente que se tornou disponível para restabelecer uma existência em uma base que é sentida como real* (WINNICOTT, 1963b, p. 203, grifo nosso).

Nestes casos, o falso *self* submisso não consegue sustentar esta falsa independência do ambiente, visto estar na condição de *dependeer* dele para poder restabelecer qualquer relação em que coloque seu gesto em movimento e retomar seu continuar a ser. Winnicott compreende que em certos episódios, o colapso torna-se oportunidade para que a psique possa integrar-se ao soma. Ao entrar em colapso, o paciente deixa de *reagir* ao ambiente, ou seja, deixa de sustentar este falso *self* submisso e pode, em condições ambientais favoráveis, reconhecer sua dependência do ambiente e ser acolhido, ter suas necessidades reconhecidas.

Nestas condições, “o indivíduo precisa permanentemente encontrar alguém que tornará real o seu conceito de ‘bom ambiente’, para que esse indivíduo possa retornar ao estágio do psicossoma dependente, único lugar a partir do qual é possível viver” (1949a, p. 337). No trabalho clínico, o analista será este alguém que reconhece a necessidade do paciente, mesmo que, para isso, demore algum tempo. Winnicott salienta a importância de o analista poder apontar para o paciente falso *self*, a ausência do seu gesto e da possibilidade de sentir-se *si mesmo*, o que é compreendido por nós como acolhimento.

Para o analista, esta é uma tarefa importante e difícil, pois, conforme Winnicott (1960, p. 139), o falso *self* “ilude o analista se este falha em verificar que, encarado como uma pessoa atuante integral, o falso *self*, não importa quão bem se posicione, carece de algo, e este algo é o elemento central essencial da originalidade criativa”, isto é, gesto seu no mundo. Gesto que só pode ser posto em movimento e direção ao encontro se houver este alguém do outro lado junto, disposto e atento às necessidades mais singulares de cada paciente. Os pacientes de categoria falso *self* nos convocam ao encontro com aquela parte viva, mas escondida e preciosa ‘dentro’ deles, *eles* vivem “uma busca incessante daquela outra vida que seria sentida como real, mesmo que levasse à morte, por exemplo através da inanição” (WINNICOTT, 1988, p. 128).

Compreendemos que a clínica exige cada vez mais esse cuidado: reconhecer a ausência, perceber a necessidade e o mundo do paciente, para então poder, de alguma forma, comunicar-se com ele e com o que emerge de seu *self* verdadeiro.

3.1.4 A doença como falha nas conquistas do amadurecimento

Vimos que a integração psicossomática é parte essencial da constituição do *eu* do indivíduo, portanto falhar neste processo implica o fracasso na relação corpo e psique, já que o *eu* existe enquanto uma psique que habita um corpo integrado no tempo e no espaço, sentido como seu. Quando a integração é impossibilitada “é preciso considerar os estados tão comuns e importantes em que a relação entre a psique e o soma é enfraquecida, ou mesmo rompida” (WINNICOTT, 1988, p. 45). Nesses casos, a experiência do indivíduo fica prejudicada, visto que não há comunicação corpo e psique, externo e interno, a experiência e o sentido de si mesmo não alcançam a realidade. É importante lembrar que na perspectiva winnicottiana, a realidade externa ao bebê não é dada, é uma conquista do amadurecimento, por meio das experiências de encontro com o objeto-mãe.

A instabilidade vivida pelo bebê, por um *ambiente insuficientemente bom*, caracteriza-se pelo fracasso no segurar e manejar. Quando nestes estádios primitivos, o cuidado é ofertado nestas condições, em que mais de uma pessoa cuida do bebê, por exemplo, sem previsibilidade e sem o estabelecimento do relacionamento íntimo ofertado pela maternagem,

[...] a vivência de técnicas variadas leva o bebê a uma situação de confusão; pode-se dizer que a técnica empregada por uma só pessoa é suficientemente variável, quase tanto quanto o bebê é capaz de tolerar sem que se estabeleça a confusão (WINNICOTT, 1988, p. 177).

Dá Winnicott (1963b) defender que, nos casos de ausência da mãe biológica (que viveu a preocupação materna primária), torna-se menos prejudicial que uma única pessoa seja o ambiente materno para o bebê, em detrimento de várias pessoas realizarem esta tarefa, expondo-o à confusão na relação bebê-ambiente. A adaptação sutil às exigências desta fase do bebê “só pode ser propiciada por uma pessoa, e uma que no momento não tenha nenhuma outra preocupação e que ‘esteja identificada com o lactente’ de modo a sentir e satisfazer as necessidades do mesmo, como por um processo natural” (p. 201).

O que chamamos, neste trabalho, de *memória da ausência* refere-se, portanto, à ausência de cuidados sentida pelo bebê, aquilo que lhe foi insuportável e o fez paralisar sua *continuidade de ser*. Aqui não podemos dizer de um cuidado elaborado, por isso, não é um sentir como percepção, mas como marca, já que não há um *eu* capaz de perceber-se como externo ao ambiente, mas há alguém se constituindo na *dependência absoluta* deste e marcado pela ausência do que não viveu.

Compreendemos, a partir disto, que a conquista do estado unitário é sinônimo de saúde, é parte do *vir-a-ser*, caminha na tendência ao crescimento, pois alguém se constituiu, tem uma psique capaz de estabelecer relações. Nos casos em que *integração* não existiu, ou foi muito precária, o indivíduo tem que reagir ao ambiente, quebrando seu *vir-a-ser*. “Se reagir a irritações é o padrão da vida da criança, então existe uma séria interferência com a tendência natural que existe na criança de se tornar uma unidade integrada, capaz de ter um *self* com um passado, um presente e um futuro” (WINNICOTT, 1963e, p. 82).

Sem *integração*, não há história, não há memória (representacional), há um buraco, há uma ausência. Há sempre a necessidade de um recomeçar, pois a psique não consegue estabelecer, por não ter vivido a experiência de integração, o tempo enquanto passado, presente e futuro, não pode viver a previsibilidade de um ambiente que cuida. Por viver no seu mundo interno, sem comunicação com o ambiente, por ter sido privado de contato com um ambiente capaz de oferecer-lhe a maternagem pelo toque, pela constância e regularidade do cuidado, “o bebê tem de começar de novo, permanentemente privado da raiz que poderia proporcionar continuidade com o início pessoal” (WINNICOTT, 1971, p.155).

Sem a possibilidade de ter seu gesto encontrado no mundo, acolhido, o bebê é privado da raiz de sua espontaneidade, pois ele se fecha como proteção. Ao ser destituído dessa relação ele é incapaz de constituir uma psique, de relacionar-se temporalmente e perceber-se existindo no tempo, ele fica privado assim de “de um sistema de memória e uma organização de lembranças”, o que ocorre especialmente pelos pacientes psicóticos (WINNICOTT, 1971, p.155).

Falamos anteriormente que as falhas ocorridas no nascimento e nos momentos posteriores e iniciais da vida podem ser avassaladoras para o *self* e o desenvolvimento do indivíduo. Partindo disso, discutimos, no próximo capítulo, o modo como Winnicott entende a regressão a estas falhas no trabalho analítico.

4 MEMÓRIA DA PRESENÇA E MEMÓRIA DA AUSÊNCIA NO SETTING ANALÍTICO

Vimos que as falhas ambientais provocam uma ruptura no continuar a *ser* dos indivíduos, o que implica adoecimento e caracteriza na psicopatologia winnicottiana o quadro conhecido como psicose e como *borderline*. Discutiremos, neste capítulo, de que maneira Winnicott empreende o trabalho analítico, especificamente nos casos de regressão, com o objetivo de demonstrar de que modo o que designamos de *memória da presença* e de *memória da ausência* são mobilizadas neste trabalho.

De imediato, é preciso compreender que para este analista, regressão “indica simplesmente o contrário de progresso” (WINNICOTT, 1954, p. 377), Progresso iniciado, como vimos em sua teoria do amadurecimento, desde a vida intrauterina, “consiste na evolução do indivíduo, psicossoma, personalidade e mente junto com (eventualmente) a formação do caráter e a socialização” (p. 377). Deste modo, não é possível reverter este progresso sem condições que garantam sua continuidade, o que na leitura winnicottiana, se dá por meio de provisões ambientais.

Winnicott postula a necessidade da ‘regressão ao ambiente’ e não ao trauma de forma isolado, pois os dois ocorrem conjuntamente. Com isso, interessa-se pelo contexto ambiental e “não apenas a regressão a pontos bons ou maus nas experiências instintivas do indivíduo, mas também pontos bons ou maus na adaptação do ambiente às necessidades do ego e do id na história do indivíduo” (WINNICOTT, 1954, p. 380).

Sendo assim, o diagnóstico empregado pelo analista é elementar, pois é a partir deste que se pode chegar à idade emocional (em termos das fases do amadurecimento) do paciente e realizar um trabalho atento às suas necessidades. Winnicott (1988) compreende que cada indivíduo nunca abandona inteiramente as fases iniciais da vida, seja para retornar à experiência positiva e acolhedora vivida pelo *ambiente suficientemente bom*, ou nos casos negativos, da vivência de ausência do *ambiente suficientemente bom*, para buscar por aquilo que não viveu e precisa ser experienciado.

[...] é preciso lembrar que os estágios iniciais jamais serão verdadeiramente abandonados, de modo que ao estudarmos um indivíduo de qualquer idade, poderemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas às mais tardias. Ao cuidar de crianças, ou ao realizar uma psicoterapia, é necessário estarmos sempre atentos à idade emocional do momento, de modo a podermos fornecer o ambiente emocional adequado (WINNICOTT, 1988, p. 178).

Winnicott reiteradamente afirma: “o fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico” (WINICOTT, 1962a, p. 154). E é, por meio, deste, que o autor classifica os casos em três modalidades distintas. São elas (WINNICOTT, 1954, p. 375):

- 1- “pacientes que funcionam em termos de pessoa inteira, cujas dificuldades localizam-se no reino das relações interpessoais” (WINNICOTT, 1954, p. 375), os quais terão na análise clássica seu tratamento;
- 2- “pacientes nos quais a personalidade recém-começou a integrar-se e a tornar-se algo com o qual se pode contar”, serão os chamados pacientes fronteirços, que oscilam entre a técnica da análise clássica e outras adaptações do manejo, devido em especial à premência da “sobrevivência do analista na condição de fator dinâmico²²” do tratamento (WINNICOTT, 1954, p. 375);
- 3- “pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, remota e imediatamente anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade, e anteriores à aquisição do *status* de unidade em termos de espaço-tempo” (WINNICOTT, 1954, p. 375). Nestes casos, a importância maior está no manejo, para além da técnica analítica.

A partir do diagnóstico, as condições necessárias passam a ser ofertadas, de modo que, para o autor, a função da análise na regressão, e, mais especificamente, do *setting*, tornam-se expressas pela presença do analista, por meio do manejo, mais do que pela técnica interpretativa, do mesmo modo que o *ambiente suficientemente bom* ofertado ao bebê pela maternagem colabora para seu desenvolvimento. São nessas condições que a regressão pode ocorrer, senão não há como revertê-lo em desenvolvimento emocional, “para que o progresso seja revertido, é preciso que haja no indivíduo uma organização que possibilite o acontecimento de uma regressão” (WINNICOTT, 1954, p. 377).

²² A sobrevivência do analista refere-se à *sobrevivência do objeto* que instaura o *uso de objeto* pelo bebê na fase de dependência relativa. É fundamental o paciente viver a experiência de destruir o analista na fantasia, e este sobreviver, isto é, estar lá presente, para então poder relacionar-se com ele como realidade externa, isto é, não-*eu*. Está é uma necessidade, especialmente nos casos de um falso *self* adaptado e submisso ao ambiente, que teme experimentar sua agressividade e destruição do objeto subjetivo por temer sua destruição de fato. Explica Winnicott (1971, p. 145) “Se for numa análise que isso esteja se realizando, então, o analista, a técnica analítica e o cenário analítico, todos entram como sobrevivendo ou não aos ataques destrutivos do paciente. Essa atividade destrutiva constitui a tentativa, empreendida pelo paciente, de colocar o analista fora da área do controle onipotente, isto é, para fora, no mundo. Sem a experiência da destrutividade máxima (objeto não protegido), o sujeito jamais coloca o analista para fora e, portanto, não pode mais do que experimentar uma espécie de auto-análise, usando o analista como projeção de uma parte do eu (self).”

Afirma, sobre a função do *setting*,

[...] tem sido sempre nosso objetivo não dirigir a vida ou o desenvolvimento do indivíduo, mas possibilitar as tendências operantes dentro do mesmo indivíduo levar a uma evolução natural baseada no crescimento. É o crescimento emocional que foi adiado e muitas vezes distorcido; sob condições adequadas, as forças que teriam levado ao crescimento agora levam ao desenredar do nó (WINNICOTT, 1963b, p. 205).

Vê-se, com isso, que a função do *setting* é possibilitar um *ambiente suficientemente bom* ao paciente para retomar seu processo de amadurecimento que está sempre no continuar da vida, está acontecendo, não é dado como pronto, acabado. Como vimos no capítulo 2, esse processo vai da *dependência absoluta* ao caminho *rumo à independência*. Sendo assim, a regressão no trabalho clínico demonstra para Winnicott “parte da capacidade do indivíduo de se curar. Dá a indicação do paciente ao analista de como o analista deve se comportar mais do que como ele deve interpretar” (WINNICOTT, 1959-1964, p. 117).

O autor postula dois tipos de regressão. Esses nos levam a compreender que a *memória da presença e a memória da ausência* se inscrevem de modos diferentes. Nos casos de falha ambiental, que constituem o que designamos de *memória da ausência*, a regressão opera como “uma retroação em uma direção que constitui o oposto do movimento para frente do desenvolvimento. Vê-se aspectos regressivos aparecerem e reconhece-se que os mecanismos de crescimento do indivíduo tornaram-se bloqueados” (WINNICOTT, 1967, p. 153).

O outro tipo de regressão, muito diferente, é o vivenciado nos casos de um *ambiente suficientemente bom*, constituindo uma *memória da presença*, e, por isso, pode ser encontrada novamente na regressão, visto ser aquela no qual o paciente “regride por causa de uma nova provisão ambiental que permite a dependência” (WINNICOTT, 1967, p. 154). Compreendemos que o paciente experimenta novamente o *ambiente suficientemente bom* e, por isso, pode regredir, pois ele já conhece esse *ambiente bom* e é capaz de lidar com ele pela relação transferencial.

A relação transferencial, em cada um destes casos, também terá necessidades distintas, conforme veremos. No entanto, é importante salientar que, para Winnicott, a relação transferencial é análoga à relação existente entre o cuidado do bebê pela mãe e o cuidado do paciente, pois assim como o bebê não existe isolado em relação ao ambiente, também o paciente para integrar-se existe na relação com o analista e não em relação a ele. Esta

perspectiva no mostra uma dimensão afetiva fundamental na clínica winnicottiana, que convoca o analista de modos específicos em cada um de seus pacientes e necessidades.

A premissa da relação analítica é constituída na oferta ao paciente de repetidas experiências integradoras, por meio do acolhimento e reconhecimento de suas necessidades, nem sempre possíveis de serem verbalizadas e por vezes de extrema dependência, como no caso dos pacientes psicóticos. Nestes casos, “o presente retorna ao passado, e é o passado. O analista encontra-se, assim, confrontado com o processo primário do pacientes na situação em que esse processo tinha o seu valor original” (WINNICOTT, 1956/2000, p.396). Desta forma, a relação analítica constituída pelo *holding* ofertado pelo analista no presente, torna-se o *ambiente suficientemente bom* tão necessário para o paciente e por isso, *possibilidade* para retomada do seu desenvolvimento emocional.

A diferenciação das regressões aponta caminhos diversos também para o trabalho com pacientes neuróticos e *não-neuróticos*²³, embora ambos não saibam do “cuidado materno, tanto em seus aspectos bons como falhos, como existiu na situação infantil original” (WINNICOTT, 1960a, p. 49). Sobre regressão, Winnicott (1960) declara que,

A experiência me levou a verificar que pacientes dependentes ou em regressão profunda podem ensinar o analista mais sobre o início da infância do que se pode apreender da observação direta dos lactentes, e mais do que se pode aprender do contato com as mães que estão envolvidas com os mesmos. Ao mesmo tempo, o contato clínico tanto com experiências normais como anormais do relacionamento mãe-lactente influencia a teoria analítica do analista, uma vez que o que ocorre na transferência (nas fases de regressão de alguns desses pacientes) é uma forma de relacionamento mãe-lactente (WINNICOTT, 1960, p. 129).

Apesar de Winnicott (1954), nos textos aqui abordados utilizar, sobretudo a nomenclatura *pacientes psicóticos* em diferenciação aos pacientes neuróticos para explicar o fenômeno da regressão, optamos por utilizar *pacientes não-neuróticos* para designar este outro grupo. É importante lembrar que, para este autor, a doença psicótica refere-se a “uma organização defensiva cujo objetivo é proteger o verdadeiro eu”, e por isso, se caracteriza pela vivência de um falso *eu*, sem valor e irreal (WINNICOTT, 1954, p. 380). Entretanto, a doença também é entendida como movimento de saúde, de sobrevivência, visto que

²³ Em nosso trabalho, optamos por utilizar a nomenclatura *não-neuróticos*, pois não é nosso objetivo explicar cada uma das diferenciações no grande grupo dos psicóticos e casos fronteiros trabalhados pelo autor. Portanto a ênfase nos não-neuróticos visa explicitar que este grupo de adoecimentos presente cada vez mais na clínica contemporânea, sobre os quais o trabalho de Safra (2004) se debruça e no qual nos inspiramos e empreendemos em nossa prática clínica.

[...] a doença, com o eu verdadeiro muito bem escondido, por dolorosa que seja, é a única saída, a não ser que, enquanto terapeutas, possamos voltar atrás com o paciente e tirar do seu lugar a situação da falha ambiental original (WINNICOTT, 1954, p. 385).

A regressão também será caracterizada como um movimento saudável, pois carrega consigo um processo de cura. Regressão, para Winnicott (1954) significa *regressão à dependência*, o que só pode ocorrer em relação ao ambiente. Não se trata, portanto, de regressão a um ponto de fixação, mas à *fase de dependência* na qual alguma conquista não foi realizada, o que paralisou o crescimento emocional. Abram (1996) enfatiza que a *regressão à dependência* difere-se do fenômeno conhecido como ‘paciente regredido’, haja vista que a regressão “está relacionada ao paciente que, estando em análise, regride à dependência em função da relação transferencial” (p. 204), já o paciente regredido é aquele que “ainda não pôde alcançar a maturidade do desenvolvimento emocional, provavelmente por causa de uma falha ambiental precoce” (p. 204). A fim de tornar nossa apresentação mais compreensível optamos por demonstrar, a seguir, esta diferenciação nos casos de regressão em neuróticos e *não-neuróticos* separadamente.

4.1 REGRESSÃO E MEMÓRIA DA PRESENÇA EM PACIENTES NEURÓTICOS

Nos pacientes neuróticos, aqueles que constituíram um *eu*, o psicanalista atesta na análise de adultos, a mobilização do inconsciente reprimido, de modo que “a origem dos sintomas neuróticos pode ser investigada no passado, ao tempo das pressões e tensões do período anterior à latência, quando o adulto era uma criança de 2 a 5 anos” (WINNICOTT, 1988, p. 55). É, portanto, uma criança com uma psique constituída, capaz da função imaginativa possibilitada pelo mundo interior, capaz de viver a repressão²⁴. Conforme demonstramos anteriormente tal mundo pôde se constituir por meio da *memória da presença*, não racional, nem perceptível, por isso dela participam as fantasias, a imaginação e traços das relações interpessoais, pois um *eu* existe e pôde simbolizá-las.

²⁴ Para Winnicott, repressão “é o nome dado à perda, pela consciência de uma pessoa mais ou menos saudável, de um conjunto de sentimentos, memórias e idéias tendo como causa a dor intolerável que ocorre quando são trazidos à consciência o amor e o ódio coincidentes, bem como o temor à retaliação. Aliada à repressão encontra-se a inibição dos instintos. O alívio trazido pela psicanálise em sua utilização habitual diz respeito à repressão por permitir ao paciente tomar consciência do conflito e tolerar a ansiedade referente à livre expressão dos instintos” (WINNICOTT, 1988, p. 158).

É desta capacidade que uma criança pode, por exemplo, reconhecer experiências sobre as fases mais precoces de sua vida, tais como o parto, nascimento. Por não terem sido traumáticas, estas experiências passadas oportunizam diferentes tipos de experiências sensoriais no presente relacionadas a esta fase. Conforme Winnicott, é, por isso, que “uma criança pode brincar de um modo que contém simbolismos ligados ao nascimento, assim como um adulto relata frequentemente fantasias que conscientemente ou não relacionam-se com o nascimento” (WINNICOTT, 1949, p. 272).

Tais elementos, quando presentes na regressão são postos sob análise, por meio da interpretação, possível pelo reconhecimento do *ambiente suficientemente bom*, que colaborou para a constituição do *eu* deste paciente capaz de sofrer, angustiar-se, amar e odiar. Deste modo, para Winnicott (1979, p. 146), “a interpretação relaciona o fenômeno específico da transferência a uma parcela da realidade psíquica do paciente, e isso significa em alguns casos relacioná-la ao mesmo tempo a uma parcela da vida passada do paciente”.

Nestes casos, a análise padrão é operada, conforme o autor, “faço psicanálise quando o diagnóstico é de que este indivíduo, em seu ambiente, quer psicanálise” (WINNICOTT, 1962a, p. 154), de forma que nem todos podem sustentá-la. Compreendemos que somente pela constituição da psique e pela condição de reconhecer-se como alguém real, a análise é possível, pois alguém pôde desejar, constituir um mundo subjetivo seu: “análise é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la” (WINNICOTT, 1962a, p. 154).

Na regressão de neuróticos, não se vê a necessidade de uma regressão real, que coloca o paciente na condição de *dependência absoluta* e exige do analista a sustentação desta *dependência* tão singular e dolorosa, mas, sobretudo a premência de retroceder “para uma antiga situação de êxito” já vivida (WINNICOTT, 1954, p. 379). A análise padrão exige do analista coisas diferentes, como sua “capacidade para tolerar idéias e sentimentos (amor, ódio, ambivalência, etc.), para compreender processos, e também para demonstrar essa compreensão pela expressão adequada através da linguagem”, interpretando o que o paciente já tem condições de reconhecer conscientemente (WINNICOTT, 1988, p.80).

A regressão não é temida, pelo contrário ela é fonte de vitalidade,

[...] devido a um senso de segurança propiciado pela mãe. Às vezes, segurança significa simplesmente ser adequadamente seguro no colo. Tanto em nível físico como em níveis mais sutis, a mãe ou o ambiente conservam a criança como que unida a si mesma, e a não-integração e reintegração podem processar-se sem ocasionar ansiedade (WINNICOTT, 1965a, p. 6).

Em nossa compreensão, a regressão é ‘ofertada’ como reconhecimento de algo já vivido, do *ambiente bom* que constitui a *memória da presença* e que possibilita o *continuar a ser* como movimento natural do processo maturacional individual. Winnicott (1954) reconhece a presença da memória deste *ambiente suficientemente bom*, ao afirmar que nos casos dos pacientes neuróticos, portanto, ‘mais saudáveis’, há uma configuração positiva, na qual “encontramos com mais clareza a memória de uma *dependência*, e portanto uma *situação ambiental* mais do que organização defensiva pessoal. A organização pessoal não é tão óbvia porque permaneceu fluida, menos defensiva” (p. 380, *grifo nosso*).

Assim, por meio da transferência a

compreensão penetra mais fundo, e através da compreensão demonstrada pelo uso da linguagem, o analista embala o paciente fisicamente no passado, ou seja, na época em que havia necessidade de estar no colo, quando o amor significava adaptação e cuidados físicos (WINNICOTT, 1988, p.80).

Por meio desta experiência, a regressão proporciona ao paciente retomar angústias das fases pré-genitais, que puderem ser vivenciadas, pois “existem boas situações pré-genitais para as quais o indivíduo pode voltar ao deparar-se com dificuldades num momento posterior” (WINNICOTT, 1954, p. 379). Com isso, uma interpretação “correta e oportuna no tratamento analítico produz uma sensação de estar sendo fisicamente seguro, que é mais real (para o não-psicótico) do que se ele estivesse sendo concretamente embalado ou posto no colo” (WINNICOTT, 1988, p.80). É nesta relação transferencial, que o que compreendemos como *memória da presença* aparece nas fantasias da transferência, nas quais o paciente pode experimentar a regressão, visto que o “terapeuta passa a se encarregar da organização das defesas no lugar do paciente” (p. 140).

Entendemos que por ser constituído pela *memória da presença*, fortalecedora do *self* e parte da sua *continuidade de ser*, o paciente pode agora deparar-se com essa nova experiência de ser cuidado pelo analista e ao mesmo tempo experimentar as angústias referentes à fase do complexo de Édipo na relação transferencial. Tais sentimentos só podem ser vivenciados porque estamos lidando com um grupo de pacientes que puderam constituir um *eu* e por isso podem neurotizar, isto é, vivenciar sentimentos ambíguos com os objetos. Isto se dá tipicamente na relação com o analista, em que o paciente,

[...] vai gradativamente chegando a sentimentos de suspeita e ódio relacionados com o analista, fato que pode ser visto como tendo relação com o risco de se encontrar com outro paciente, ou com as interrupções devidas a fins-de-semana ou feriados (WINNICOTT, 1979, p. 146).

Ao descrever sobre a regressão de uma paciente neurótica, Winnicott (1971) reconhece o processo na análise como o da adaptação materna ao bebê, e a experiência realizada por este do *encontro com o objeto* (analista), *a relação de objeto*, *o uso* e a posterior *destruição* (do analista). Tarefas fundamentais que possibilitaram a experiência do bebê à chegada do estágio do *Eu sou*, e, na análise, *lugar* para o qual a paciente retorna (ou revive):

[...] descobri que a paciente necessitava de fases de regressão à dependência na transferência, com a conseqüente experiência do pleno efeito da adaptação à necessidade que, de fato, se baseia na capacidade *do analista (mãe) em identificar-se com o paciente (bebê)*. No decurso desse tipo de experiência, há uma quantidade suficiente de fusão com o analista (mãe) para permitir ao paciente viver e relacionar-se sem necessidade de mecanismos identificatórios projetivos e introjetivos. Depois, vem o penoso processo pelo qual o objeto é separado do sujeito e o analista se separa, sendo colocado fora do controle onipotente do paciente. A sobrevivência do analista à destrutividade que é própria dessa mudança e a ela se segue, permite que aconteça algo de novo, que é o uso, pelo paciente, do analista, e o início de um novo relacionamento baseado em identificações cruzadas (WINNICOTT, 1971, p. 217).

Compreendemos assim, que a regressão no *setting* de pacientes neuróticos funciona com base nas experiências conquistadas no início da vida, na fase da *dependência absoluta*, na qual o bebê experimentou reiteradamente a *integração* e, por isso, pôde continuar seu desenvolvimento nas fases posteriores. Entendemos que a *memória da presença*, constituída nesta fase, possibilitou ao paciente experimentar o relaxamento, o descanso no mundo subjetivo sem medo de ser invadido e o ‘lugar’ para o qual ele retorna e vive na relação transferencial.

Conforme Winnicott (1988), essa fase intermediária de *não-integração*, em que não integrar-se ainda não é enlouquecedor, só ocorre em condições de profundo descanso²⁵ em pessoas saudáveis ou em psicoterapia, “nas condições físicas e emocionais altamente especializadas, características daquela situação” (p. 140). Deste modo, a regressão no *setting* de pacientes neuróticos se realiza como forma de descanso, um retorno àquela experiência primeira de *não-integração*, de poder habitar um mundo próprio e incomunicável pela *memória da presença* que acontece devido a este cuidado existencial e não apenas técnico.

²⁵ Aqui descanso é compreendido como relaxamento no mundo subjetivo, condições vividas por experiências com a arte, no brincar, em que o devaneio é possibilitado pela confiança no ambiente;

Segundo Dias (2003), amadurecer inclui a capacidade de voltar, seja para retomar pontos falhos no desenvolvimento como para descansar, retomar experiências positivas que estão sempre em movimento, visto que “avançar na direção do futuro e da independência é, ao mesmo tempo, uma ‘viagem de volta’, um retorno às origens” (p. 257), lugar existencial de onde nunca saímos inteiramente.

Lembrando que o grupo de pacientes neuróticos está em condições mais saudáveis que os dos *não-neuróticos*, percebemos a importância da consolidação de um mundo subjetivo ser conquistado, pois este nunca se perde, é fonte para a capacidade de experienciar a vida com sentido próprio e condição indispensável para uma vivência de saúde emocional. Pois, conforme explica Dias (2003, p. 257), “na saúde, não importa o grau de objetividade que o indivíduo tenha sido capaz de alcançar, o mundo subjetivo continua a ser a fonte de riqueza pessoal e de singularidade inalienável”.

Vimos, assim, que o trabalho de regressão em pacientes neuróticos possui características próprias que se realizam pela possibilidade de retroceder a uma experiência real de um *cuidado suficientemente bom*. Compreendemos que a experiência para a qual o paciente, constituído por um psiquismo unitário tem a oportunidade de voltar, não para lá ficar, mas para de lá poder continuar seu caminhar e seu crescimento emocional, ocorre de modo *inaugural* no presente por meio da relação que estabelece com o analista.

Mas, conforme ensina Winnicott (1971), esta relação deve se estender para além do *setting*, visto que “a psicanálise não é um modo de vida. Sempre esperamos que nossos pacientes terminem a análise e nos esqueçam: e descubram que o próprio viver é a terapia que faz sentido” (p. 141).

4.2 REGRESSÃO E MEMÓRIA DA AUSÊNCIA EM PACIENTES NÃO-NEURÓTICOS

Nos pacientes psicóticos e todos os outros fora a neurose, Winnicott (1962a) reconhece a necessidade de fazer *outra coisa* que não a análise padrão, que está impossibilitada, já que não há uma psique integrada. Nestes casos denomina seu trabalho de análise modificada, por lidar com elementos e necessidades diferentes. Afirma que, “se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião” (1962a, p. 155).

Entretanto, Winnicott (1954) reconhece a necessidade de diferenciar os pacientes psicóticos entre aqueles que conseguiram constituir uma doença daqueles em que as defesas estão em colapso total. Deste modo, assegura que “é praticamente certo que a psicanálise, quando aplicada à psicose, será mais bem-sucedida nos casos em que houver uma doença altamente organizada” (p. 384).

Ao conduzir o trabalho com este grupo de pacientes, Winnicott (1964) percebe a urgência para eles da sustentação e manutenção do *setting*, em detrimento do material trazido como elaborações. No lugar da interpretação há a necessidade da experiência, pois um inconsciente reprimido não pôde ser formado. Compreende assim que nem todos os analistas terão essa disponibilidade e segurança em conceder ao paciente essa disposição, visto que o trabalho ali empregado é outro e de difícil manejo. Não há garantias de que as exigências do paciente serão amplamente reconhecidas, pois também não estão colocadas sob análise, mas aparecem no decorrer do trabalho, de forma que “o paciente apenas gradativamente começa a ter esperanças de que essas exigências sejam atendidas” (p. 78).

Alerta com isso, a impossibilidade de se trabalhar com vários casos de extrema dependência concomitantemente, pois “absorve uma grande quantidade de nossa capacidade de investimento psicoenergético e pode facilmente acontecer que se possa conduzir dois ou, talvez, até mesmo três casos, mas não quatro ao mesmo tempo (WINNICOTT, 1964, p. 80).

Para Winnicott (1954), a regressão *funciona* como uma busca do que não foi vivido e que está em vias de ser realizado, como uma espera e, torna-se efetivamente um buscar no decorrer da vida. E, embora não evidencie o modo como isso ocorre, isto é, de que forma essa vivência fica guardada, ao afirmar que “há muitas coisas a estudar aqui sobre o modo como o indivíduo armazena memórias e ideias e potencialidades” (1954, p. 378), reconhece em seu trabalho a ânsia destes pacientes por um ambiente acolhedor que possibilite encontrar o que falhou e experienciá-lo pela primeira vez, neste caso, por meio do ambiente ofertado pelo analista.

Ao mesmo tempo em que busca por esta experiência, Winnicott percebe em muitos pacientes, um medo de deparar-se com as falhas, o que ele nomeia como o *medo do colapso*, pois para garantir sua sobrevivência muitas defesas foram construídas. Deparar-se com a ruptura delas é atormentador para estes pacientes, provoca uma perturbação no *self*, e por isso exige um fortalecimento do *ego* primeiramente, o que se dá por meio da adaptação do analista às necessidades do paciente.

Para Winnicott (1963a), o colapso não é a psicose, mas “uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva” (p. 72), agonia referente à integração que não ocorreu, o

paciente estava lá, mas o ambiente não, por isso não teve essa experiência integrada, não viveu o processo como precisava. Desta forma, o colapso “é um medo da agonia original que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como síndrome da doença” (p. 72).

A ocorrência do colapso está marcada de forma *inconsciente*, e corrobora nossa compreensão de que a *memória da ausência* habita o corpo e o psiquismo do indivíduo no decorrer da vida, mas é importante ressaltar, que para o psicanalista, neste contexto, “inconsciente quer dizer que a integração do ego não é capaz de abranger algo. O ego é imaturo demais para reunir todos os fenômenos dentro da área da onipotência pessoal” (WINNICOTT, 1963a, p. 73). A imaturidade e quase não existência de uma área de onipotência é causada pela ausência e imprevisibilidade materna, no fracasso da confiabilidade no ambiente sentida pelo bebê.

Embora não exista um *eu* capaz de elaborar experiências, há uma psique em busca de um lugar, marcado pela reincidência da ausência, consolidando-se como uma *memória da ausência*, incapaz de imprimir seu gesto no mundo, pois não houve um ambiente que o acolhesse.

É preciso afirmar que a necessidade de integrar o colapso advém da necessidade de não esquecer algo que foi fundamental para o desenvolvimento emocional do indivíduo, no qual um sistema de defesas precisou erigir para que ele sobrevivesse. Entretanto, lembrar muitas vezes torna-se uma necessidade e “o medo que o paciente tem ao colapso tem suas origens na necessidade do paciente de lembrar o colapso original. A recordação só pode vir à tona através do reviver” (WINNICOTT, 1959-1964, p. 127).

Para ‘esquecer’, é preciso integrar. Esquecer, entendido neste contexto como integrar a experiência e cessar a busca pelo que não foi vivido. Winnicott (1979) observa que “é muito gratificante observar a capacidade crescente do paciente de reunir tudo dentro da área de sua onipotência pessoal, incluindo até verdadeiros traumas” (1979, p. 154).

Já que *o reviver do psicótico é o relembrar do neurótico*. Assevera Winnicott:

[...] a experiência original da agonia primitiva não pode cair no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora (presumindo a função de apoio de ego auxiliar da mãe, ou analista) (WINNICOTT, 1963a, p. 73).

Comprendemos, assim que, na regressão, o colapso ‘lembrado’ é *revivido*, daí seu medo e intensidade afetiva presentes. Por essa razão deve-se ter um cuidado no manejo dessa

‘lembrança’, do contrário torna-se intrusão, nova falha ambiental. “O paciente só pode lembrar o colapso em circunstâncias especiais da situação terapêutica, e por causa do crescimento do ego” (WINNICOTT, 1959-1964, p. 127). Com isso, vê-se uma verdade paradoxal “o que ainda *não foi experienciado* apesar disso aconteceu no passado” (1963a, p. 73, *grifo nosso*).

A singularidade deste processo é expressa na afirmação de Winnicott (1963a):

O paciente precisa ‘lembrar’ isto, mas não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque *o paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse*. A única maneira de ‘lembrar’, neste caso, é o paciente experienciar esta coisa passada *pela primeira vez no presente*, ou seja, na transferência (WINNICOTT, 1963a, p. 74, *grifo nosso*).

Por isso, a regressão não ocorre de modo tão rápido no manejo com pacientes *não-neuróticos*. Antes, há a necessidade premente do paciente de *confiar* neste novo ambiente, confiança construída ainda na base de um falso *self* protetor, para então poder voltar à condição de *dependência* e experienciá-la por meio da sustentação ofertada pelo analista. Segundo o autor, para o paciente, há “a crença numa possibilidade de correção da falha original, representada por uma capacidade latente de regredir, o que implica numa organização egóica complexa” (WINNICOTT, 1954, p. 377). O falso *self*, embora seja uma alta sofisticação de defesa, funciona também como,

caso mais extremo de submissão, e no estabelecimento de uma falsa personalidade, oculta em alguma parte, existe uma vida secreta satisfatória, pela sua qualidade criativa ou original a esse ser humano. Por outro lado, permanece a insatisfação em virtude daquilo que está oculto, carente por isso mesmo do enriquecimento propiciado pela experiência do viver (WINNICOTT, 1968b *apud* 1971, p. 173).

Nesta perspectiva, o que *não foi vivido* é congelado. A falha é congelada, suspensa no tempo, como forma de proteção do *self*, já que é parte da teoria do amadurecimento “a ideia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra falhas ambientais específicas através do *congelamento da situação da falha*” (WINNICOTT, 1954, p. 378). Tal congelamento, ao ‘suspender’ o trauma, nos leva a compreender que a *memória da ausência* participa deste processo, visto que a ausência de adaptação do ambiente materno é que ocasiona o trauma, a falha, que por não poder ser integrada à experiência é congelada, mas habita o indivíduo, embora ele não saiba dela.

Por isso, Winnicott (1959-1964, p. 127), afirma que “o colapso que é temido já aconteceu. O que é reconhecido como a doença do paciente é um sistema de defesas organizadas contra esse colapso já ocorrido” mas que foi congelado e por isso não é mais sentido como dor. É importante considerarmos que segundo Winnicott, o que dói, para os pacientes *não-neuróticos* é o sentimento de irrealidade. O trauma, a agonia impensável não mais será experienciada, pois “ela foi experienciada inicialmente em um momento de fracasso da confiabilidade por parte da provisão ambiental, quando a personalidade imatura se encontrava no estágio de dependência absoluta” (WINNICOTT, 1967, p.154).

A partir da compreensão do *congelamento* da falha, o autor identifica a necessidade de ser de trabalhar “retrocedendo para uma situação anterior de falha” (WINNICOTT, 1954, p. 379), pois é nesta posição que o paciente pode experienciar *pela primeira vez, a integração* tão importante para o amadurecimento emocional. Assim, não se trata da *revivência do trauma*, pelo contrário, trata-se de poder realizar seu *continuar a ser* por meio de um *ambiente suficientemente bom* do presente que lhe ‘permita’ encontrar-se na situação de *dependência*, anterior à falha.

Desde modo, a regressão “tem uma qualidade curativa, pois é possível reformular experiências precoces através da regressão, havendo algo de verdadeiramente repousante quando se experimenta e se reconhece a dependência” (WINNICOTT, 1988, p. 162). Winnicott (1954) entende que a organização defensiva, protetora do verdadeiro *self* é o que possibilita que uma regressão seja produtiva por “trazer dentro de si a esperança por uma nova oportunidade de descongelar a situação congelada, e uma oportunidade também para o ambiente, no caso o ambiente atual, de realizar uma adaptação adequada ainda que tardia” (p. 380).

Deste modo, no trabalho analítico é esta adaptação que se torna urgente para o paciente. Somente ao sentir na relação com o analista esta disposição e confiança, um trabalho começa a ser iniciado. Para tanto, “é preciso que haja no analista uma crença na natureza humana e nos processos de desenvolvimento para que algum trabalho possa ser feito, e isto é rapidamente percebido pelo paciente” (WINNICOTT, 1954, p. 390). Winnicott é enfático,

[...] é sempre que se proporciona certas condições, pode-se trabalhar, e se não as fornece, não se pode, e poder-se-ia igualmente nem tentar. O paciente não se acha lá para trabalhar conosco, **exceto quando fornecemos as condições que são necessárias** (WINNICOTT, 1964, p. 78, *grifo nosso*).

É a partir da necessidade do paciente, percebida pelo analista inicialmente no diagnóstico, que um ambiente sustentador pode ser ofertado, o que é base para a clínica winnicottiana, como na experiência do bebê com a *mãe suficientemente boa*, que podia identificar-se com ele e ofertar-lhe uma maternagem atenta às suas necessidades. A importância desta adaptação singela é expressa nos casos dos pacientes regredidos, porque não há desejo em questão, “pois a capacidade do indivíduo de ‘desejar’ sofreu uma interrupção”. Há, sobretudo, necessidade, e, portanto, deve ser aceita e reconhecida, ao passo que “quando a necessidade não é satisfeita a consequência não é a raiva, mas uma reprodução da situação original de falha que interrompeu o processo de crescimento do eu” (WINNICOTT, 1954, p. 385), ou seja o colapso, já que muitas coisas precisam acontecer até que o paciente seja capaz de sentir raiva.

Quando, dentro da provisão ambiental ofertada pelo analista, Winnicott (1967) percebe na regressão “expressão de elementos sadios da personalidade” (p. 154), os quais estão vinculados à tendência ao amadurecimento e crescimento de todo ser humano. A condição essencial desta provisão ambiental é a crença pelo indivíduo de que ele é confiável, visto que ele já foi exposto ao ambiente falho, portanto seria novamente traumático viver isso em um ambiente não-confiável.

A regressão representa a esperança do indivíduo psicótico de que certos aspectos do ambiente que falharam originalmente possam ser revividos, com o ambiente dessa vez tendo êxito ao invés de falhar na sua função de favorecer a tendência herdada do indivíduo de ser desenvolver e amadurecer (WINNICOTT, 1959-1964, p. 117).

Há casos em que o paciente piora, justamente porque tem a provisão ambiental ofertada pelo analista, constituída especialmente pelo sentimento de confiança nele. Segundo o autor, “o que ocorre é que seu cliente usa sua provisão especial para se tornar desintegrado e descontrolado ou dependente de um modo que faz parte do período da infância (regressão à dependência). O cliente fica louco” (WINNICOTT, 1963b, p. 205), mas isso só ocorre devido ao *cuidado bom* possibilitado no presente.

Nesse processo, o analista “aceita ficar na posição de um objeto subjetivo na vida do cliente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra” (WINNICOTT, 1963e, p. 206), ou seja, aceita fazer parte do mundo subjetivo do paciente, que o faz crer que o analista é criação sua, exatamente como ele precisava, disponível, atento às suas necessidades, parte do seu mundo interior, tornando-se presença efetiva. O analista ajuda “ao proporcionar a confiabilidade que o paciente pode usar, no sentido de que pode anular as defesas que foram

erguidas contra a imprevisibilidade e as calamitosas consequências em termos do horror a ser experienciado” (WINNICOTT, 1967, p. 155).

Percebe-se então que a análise dos pacientes *não-neuróticos* é fundamentalmente diferente da análise do neurótico, visto que a “primeira exige que o analista seja capaz de suportar a regressão real à dependência” (WINNICOTT, 1988, p. 80). Nestes casos, Winnicott (1954) entende que todo manejo oferecido pelo *setting* é parte da regressão, visto que “na medida em que o paciente está regredido (por um momento ou por uma hora, ou por um longo período de tempo) o divã é o analista, os travesseiros são os seios, o analista é a mãe em certa época do passado” (p. 385).

O processo de regressão é caracterizado pelo autor por uma sequência de acontecimentos:

O fornecimento de um contexto que proporciona confiança. A regressão do paciente à dependência, com a devida percepção do risco envolvido. O paciente sente o eu de um modo novo, e o eu até aqui oculto é entregue ao ego total. Novo progresso do indivíduo a partir de onde o processo havia parado. Descongelamento da situação da falha original. A partir da nova posição de força do ego, raiva relativa à situação da antiga falha, sentida no presente e explicitada. Retorno da regressão à dependência, num progresso organizado em direção à independência. Necessidades e desejos instintivos tornados realizáveis com vigor e vitalidade genuínos. E tudo isso repetindo-se inúmeras vezes (WINNICOTT, 1955, p. 384).

É nesta sustentação ofertada pelo analista que a regressão torna-se possível e é também uma forma de comunicação do paciente psicótico, “que o analista pode entender do mesmo modo que entende os sintomas histéricos como comunicação” (WINNICOTT, 1959-1964, p. 117). Este modo singular de comunicar do paciente revela seu não saber do trauma, que estava congelado, porém presente pelo que designamos *memória da ausência*, no seu sentimento de irrealidade e inutilidade frente à vida.

Winnicott (1954) na descrição de um caso de regressão de um paciente esquizoide-depressivo, com sentimento de irrealidade e queixas sobre “sua incapacidade de ser impulsivo e de fazer comentários originais, embora fosse capaz de participar muito inteligentemente de uma conversa iniciada por outra pessoa” (p. 348) percebe a importância de estar atento às necessidades do mesmo, de um modo que ele possa confiar para experimentar a regressão como algo produtivo. No início da descrição, refere-se a um momento na análise, compreendido à princípio, como retraimento, no qual o paciente “encolheu-se e rolou por sobre a cabeceira do divã”. Este retraimento, no entanto foi considerado posteriormente como o primeiro gesto espontâneo do paciente na análise (p. 348).

Nas semanas posteriores, ocorreu outro episódio importante, no qual o paciente afirmava ser “uma perda de tempo continuar falando como sempre, e contou que havia se retraído, sentindo que isto era como fugir de alguma coisa” (WINNICOTT, 1954, p. 348). Neste momento, o analista devolve-lhe dizendo que “seu retraimento era uma fuga à dolorosa experiência de estar exatamente no meio entre o estado de sono e da vigília, ou entre falar comigo racionalmente e retrair-se” (p. 348). Em seguida, o paciente afirma querer retrair-se novamente, e demonstra com as mãos, que “ele estava rodando em torno de si mesmo nessa posição” (p. 349).

Ao falar de seu retraimento e desse movimento de girar, Winnicott (1954) interpreta a existência de um *meio* que possibilita tal deslocamento. Com essa interpretação significativa, o paciente reconhece o meio “como o óleo dentro do qual as engrenagens giram” (p. 349), o qual o sustentava. Ao perceber isso, Winnicott observa que ele segue em frente, e explica seu movimento como diferente daquele primeiro por sobre a cabeceira do divã, agora o paciente afirma que “estava girando para a frente, em contraste com o giro para trás” (WINNICOTT, p. 349). Esta experiência, possibilitou avanços significativos na análise, pois Winnicott (1954), ao ter-se colocado na condição de meio sustentador da condição de retraimento, uma regressão pôde ocorrer produtivamente, de forma que ele mostrou ao paciente ser “capaz de proporcionar um meio adequado no momento em que ele retraiu” (p. 349).

Compreendemos a partir deste episódio, como o sentimento de irrealidade provocado pela ausência do *ambiente bom* provoca um enclausuramento do gesto espontâneo do paciente, ou dito de outro modo, o congelamento de tudo que é movimento próprio. Isto, pela leitura winnicottiana nos leva a pensar na impossibilidade vivida em estágios precoces por este paciente de constituição de uma psique própria capaz de perceber-se como inteiro e separado do ambiente, já que trata-se de um quadro esquizoide-depressivo, portanto alguém que tem como marca, em nosso entendimento a *memória da ausência*. Ausência que o impossibilitou, até aquele momento da regressão na análise, de ter alguma necessidade reconhecida e compreendida no seu tempo e espaço, restando-lhe apenas reagir.

Entendemos que a postura do analista de propiciar este ambiente novo, por ele mesmo reconhecido como meio, demonstrando compreensão e adaptação às suas necessidades, reconhecendo a dor de estar num lugar incomunicável (sentido entre o estar dentro ou fora) possibilitou o *descongelamento* da falha, levando-a experimentar a *integração*, tão fundamental para sentir-se como um *eu* próprio e separado do ambiente. Mas isso só pode ser conquistado por meio do reconhecimento da sua *dependência* materna, que não foi acolhida no passado, mas que reverberava no presente, como *dependência* não vivida, por meio do

sintoma, na sua impossibilidade de ser em relação como alguém inteiro e não despedaçado, confuso.

Com isso, compreendemos que o processo produtivo da regressão, permite que a experiência da ausência desconhecida *dê lugar para uma experiência inédita*. Aquela na qual a *integração* espaço-temporal começa a ter lugar, uma comunicação entre o mundo interior e exterior surge e começa a constituir-se por meio de uma *presença* nova ofertada pelo *setting* analítico. Assim, “o retorno da regressão depende da reconquista da independência, e se isto é bem trabalhado pelo terapeuta, a consequência é que a pessoa se encontrará numa situação melhor do que antes do episódio” (WINNICOTT, 1988, p. 163). Conforme visto no final do episódio deste paciente, que começou a experimentar um movimento espontâneo na análise.

A *presença* do analista, *funcionando como a presença da mãe*, auxilia e participa do fortalecimento do *ego* do paciente, e com isso um modo novo de encontro com o mundo começa a acontecer, posto que,

[...] a força do ego resulta em uma mudança clássica no sentido do relaxamento das defesas, que são economicamente empregadas e alinhadas, sentindo-se o paciente não mais preso à sua doença, como resultado, mais livre, mesmo que não esteja livre de sintomas. Em suma, observamos crescimento e desenvolvimento emocional que tinha ficado em suspenso na situação original (WINNICOTT, 1962a, p. 154).

Com a conquista deste novo lugar, possibilitada por várias experiências de regressão vemos o *descongelamento* da falha, o que é salutar para o sentimento de realidade do paciente. É importante lembrar que,

[...] tudo isto depende obviamente da existência da capacidade de *confiar*, tanto quanto da capacidade do terapeuta de *fazer jus à confiança*. E é possível que ocorra uma longa fase preliminar do tratamento consistindo exatamente na construção dessa (WINNICOTT, 1988, p. 162, *grifo nosso*).

Compreendemos que esta *capacidade de confiar* pode constituir, do mesmo modo como a presença da mãe, uma nova *memória da presença*, uma memória de que o ambiente sustentador do sentido de *self* (misturado, portanto não-exterior a ele) adapta-se às suas necessidades, é capaz de acolher seu gesto e reconhecer sua *dependência* sem aprisioná-lo ou fazê-lo reagir.

Winnicott (1954) reconhece as limitações do ambiente ofertado pelo analista, que embora ocupe o *lugar da mãe no passado*, não é a mesma pessoa e nem está nas mesmas condições. Este é um manejo difícil, especialmente por exigir uma condução diferente, “não é

de interpretações que se necessita aqui, e na verdade qualquer fala ou movimento pode arruinar todo o processo e causar profunda dor ao paciente” (p. 386).

Exemplifica em um caso,

Numa certa sessão no início de um desses tratamentos permaneci absolutamente quieto, apenas respirando, e percebi que era isto que eu deveria fazer. Senti muita dificuldade em fazê-lo, principalmente porque eu não conhecia o significado especial desse silêncio para a minha paciente. Ao final da sessão, ela retornou do estado regressivo e disse-me: ‘agora eu sei que você pode fazer a minha análise’(WINNICOTT, 1954, p. 387).

Entendemos que trata-se de uma experiência tão sutil, que nos leva a compreender que a *memória da ausência* está incrustada no existir desta paciente, de modo que, não há como deparar-se com essa ausência (não sabida, mas sentida ao regredir) na análise, sem um ambiente que possa *sustentar* esta empreitada e ao mesmo tempo, possa significar um caminho de esperança para experienciar o não-vivido que foi *congelado* pela ausência gerada pela falha. É preciso tempo, repetidas experiências de confiabilidade no analista, para que o paciente possa então retroceder a um tempo em que seu gesto em direção ao mundo possa ter lugar, por meio da sustentação do analista.

Comprendemos que quando um *eu* não pôde constituir-se, como nos casos dos pacientes psicóticos, traços do que aqui denominamos *memória da ausência*, constituída por um ambiente que falhou sobremaneira, são sentidos, mas não dizíveis ou elaborados, mas são, sobretudo, comunicados não verbalmente. Este inconsciente não dizível, não comunicável, mas inscrito na precariedade deste ser que busca constituir-se como alguém nos mostra como nada se perde na experiência de cada indivíduo, conforme afirma Winnicott. Nos casos de traumas do nascimento, vê-se esta marca “na atuação de traços mnemônicos derivados das experiências do nascimento, aquelas que fornecem material para o estudo do trauma do nascimento” (WINNICOTT, 1949, p. 272). Nestes pacientes, há uma necessidade fundante para restabelecer o desenvolvimento emocional paralisado pelo trauma, o que só é possível pela revivência num ambiente novo e acolhedor *que dê lugar* ao que falhou e promova a experiência singular de cuidado que possibilita ao indivíduo experimentar-se como alguém. No lugar de elaborações, há a premência “de reviver esses fenômenos infantis precoces, passando ao largo de fantasias que se expressam por símbolos” (WINNICOTT, 1949, p. 272).

A regressão possibilita no trabalho com esses pacientes a retomada da experiência de sentir-se real, com um sentido próprio de mundo que pode ser compartilhado por uma presença de mundo real (como realidade externa). Ao alcançar um estado unitário, portanto,

tornar-se alguém com um sentido de *eu*, o paciente torna-se capaz de “abandonar a invulnerabilidade e a tornar-se um sofredor” (WINNICOTT, 1967, p. 155). Com isso, uma mudança qualitativa se realiza e o paciente, pode então dar-se conta do seu sofrimento, da sua precariedade, e a vida começa de um lugar diferente e inédito. Mesmo que isso signifique, sobretudo sofrimento, haja vista que “a vida se torna precária para alguém que estava começando a conhecer um certo tipo de estabilidade e uma liberdade quanto ao sofrimento, mesmo que isto significasse a não-participação na vida, e talvez, a deficiência mental” (WINNICOTT, 1967, p. 155).

Poder suportar a falha do analista, e descobrir sentimentos em relação a ele, assim como o bebê o consegue na *dependência relativa*, suportar as falhas maternas é um grande avanço e mostra uma mudança na relação do paciente com o objeto (analista). Winnicott (1967) afirma, que nestes casos, “parecemos ver melhorias clínicas, mas à medida que progredimos e o paciente alcança confiança em nós em grande escala, então nossos equívocos e fracassos se tornam novos traumas” (p.155), mas que agora são capazes de serem suportados, porque geram sentimentos que o paciente é capaz de sentir.

Com isso, “descobrimos que nossos inevitáveis fracassos específicos e limitados, amiúde ocasionados pelo paciente, dão a este a oportunidade para sentir e expressar raiva por nós” (1967, p.155), ou seja, fazer o uso do objeto, porque o objeto (analista) confiável é capaz de sobreviver à destruição. Assim, “ao invés de um trauma cumulativo, obtemos experiências cumulativas de raiva, na qual o objeto (o terapeuta e a sua sala) sobrevivem à raiva do paciente” (p. 155-156).

[...] a organização egóica que permite a regressão constitui um mecanismo saudável, que permanece em estado potencial a não ser que seja fornecida uma nova adaptação ambiental confiável, que poderá ser usada pelo paciente para corrigir a falha adaptativa original (WINNICOTT, 1954, p. 392).

Com estes avanços, afirma Winnicott (1954, p. 388), “a regressão alcança e fornece um ponto de partida, o que eu chamaria de *um lugar* de onde é possível operar. O eu é encontrado”. Com isso, uma experiência inédita realiza-se, e dá ao paciente à oportunidade de experimentar-se como alguém.

Enquanto o centro de operações do indivíduo localiza-se no falso eu haverá sensação de inutilidade, e na prática podemos ver a mudança para o sentimento de que a vida vale a pena ao nos aproximarmos do momento em que o centro de operações transfere-se do eu falso para o eu verdadeiro,

mesmo antes de o núcleo deste ser passado para o ego total (WINNICOTT, 1954, p. 389).

Compreendemos então que a *memória da ausência* funciona na regressão de duas formas: no medo do colapso, de perceber a *dependência* de um meio que não adaptou-se às necessidades daquela fase da vida do paciente, constituindo assim um trauma; E ainda, na necessidade fundante expressa na esperança de encontrar um ambiente atento às suas necessidades tão precoces. O que se constitui como *ausência*, também preserva o paciente de agonias impensáveis. Esta ausência não sabida, mas *sentida*, marcada no corpo constrói defesas por meio de um falso *self* protetor, tais defesas trazem, em si, a esperança de que a situação da falha possa ser retomada, revivida, em outras palavras, acolhida e experienciada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso que operamos neste trabalho tem a ver com as indagações acerca da memória na clínica winnicottiana, levando-nos a problematizar se haveria uma caracterização ou funcionamento de memória nos postulados de Winnicott, que a despeito de ser psicanalista, seguindo a tradição freudiana, também operacionalizou perspectivas distintas em importantes constructos da Psicanálise.

Tendo como pano de fundo a questão da constituição da subjetividade por meio da memória, nossa pesquisa encontrou em Winnicott os caminhos para pensar como a relação analítica poderia ser oportunidade para o fortalecimento do sentimento de *si mesmo* e, com isso, abertura para novas experiências integradoras, aquelas que fazem a vida ter sentido de ser vivida, pois instituem um lugar existencial compartilhado e incontornável para o viver criativo.

Winnicott, por pensar a natureza humana como acontecimento, *vir-a-ser* no tempo e espaço inter-humano, aponta que desde a gestação, o feto começa sua experiência no mundo, mostrando-nos que nada que o bebê vivencia se perde, mas compõe seu percurso existencial, podendo ou não constituir-se como uma marca traumática, capaz de prejudicar sua *continuidade de ser*. Vimos que, na perspectiva winnicottiana isso implica no reconhecimento da psique como um elemento que tende a desenvolver-se em processo, e não dado desde o nascimento. No início psique e corpo estão fundidos e não há como mencionar um ‘funcionamento da psique’ anterior a importantes processos de integração, os quais vão possibilitando a constituição psicossomática por meio do alojamento da psique no soma. O que, por sua vez, desencadeará o reconhecimento pelo bebê de que o corpo que ele sente e atribui sentidos é o mesmo corpo que ele habita.

Nesta fase, Winnicott entende que o feto e posteriormente o bebê, já tem condições de suportar uma pequena dose de intrusões do ambiente, que por ser humano, não é perfeito. Quando estas intrusões não são extremas, não prejudicam a *continuidade de ser* do bebê, e por isso, não tornam-se relevantes, pois não constituem-se de vivências ameaçadoras e tendem a não aparecer na análise como fonte de sofrimento. Há, nestes casos, uma experiência integradora do nascimento, portanto não constituem, em nosso entendimento uma marca ou traço de memória significativo.

Nos casos em que o bebê sofre intrusões insuportáveis, seja durante a gestação ou parto, o autor reconhece no trabalho clínico, uma presença destacada de *materiais de memória*

referentes ao nascimento, os quais são identificados na precariedade da experiência psicossomática do paciente, que teve que reagir ao ambiente. Esta reação é identificada por Winnicott, pelo estabelecimento de um falso desenvolvimento, mesmo que muito precoce, aos olhos do observador, isto é, ocorre o estabelecimento de um quadro patológico de falso *self*, caracterizado pelo desenvolvimento precoce do intelecto como proteção. O bebê vê-se na necessidade de proteger o verdadeiro *self* e com isso, retém esta intrusão ambiental por meio da atrofia da experiência psicossomática. Isto significa que, as reações, por meio de um falso desenvolvimento, não são sentidas como experiências integradoras do bebê, pois dizem respeito a um funcionamento mental destacado da psique. A mente desenvolve-se prematuramente como defesa do *self*. Neste contexto, a experiência do nascimento é entalhada na memória, caracterizando-se como um evento traumático, pois o bebê teve que reagir ao ambiente num momento em que ele precisava da adaptação e do cuidado deste. Winnicott reconhece que a experiência corporal deste grupo de pacientes é marcada pela necessidade de renascer, ou seja, de ter a vivência do nascimento integrada à experiência, o que se dará por meio da regressão no *setting* analítico.

Ao postular a dependência do ambiente para o amadurecimento do bebê, Winnicott propõe três fases do amadurecimento, que serão caracterizadas por diferentes tarefas do ambiente *suficientemente bom*. Detivemo-nos especialmente nas conquistas da fase de *dependência absoluta*, mostrando um modo de funcionamento da memória por meio do processo de integração, no qual a experiência da *ilusão de onipotência* funda-se como processo singular para a constituição do que designamos, aqui, como *memória da presença*.

O *holding* ofertado pela mãe é essencial para a saúde emocional do bebê, visto que neste momento todo cuidado e amor materno são sentidos pelo contato, pelo modo como a mãe é capaz de sustentá-lo e segurá-lo. Postulando a tendência à integração numa unidade como uma qualidade humana, Winnicott, entende que o bebê, por meio do ambiente facilitador vai constituindo-se como alguém, de modo que sem o toque, sem presença não há bebê. O bebê ‘existe’ a partir desta relação.

A partir do *holding*, importantes processos de integração vão se consolidando. Apontamos que, por meio das repetidas experiências de encontro com a mãe ambiente, por meio das mamadas, o bebê vive a *ilusão de onipotência*, processo no qual ele cria o seio que encontra. Ao criar o seio, o bebê vai instituindo um *objeto subjetivo*, criação sua e disponível quando ele precisa. É a adaptação materna neste período que proporciona o acontecimento desta experiência criadora, fonte para o fortalecimento do *self* do bebê e modo pelo qual reconhecemos um funcionamento de memória emergindo.

O que designamos de *memória da presença* constitui-se nas marcas da presença materna que o bebê já é capaz de sentir e confiar. Confiança conquistada mediante as repetidas experiências em que o bebê pode se retirar do mundo “objetivo” tranquilamente, retornando ao seu mundo subjetivo, no descanso, relaxamento, pois “sabe” que ao despertar e mover-se em direção ao mundo, a mãe estará lá, a cada vez presente, do mesmo modo caminhando ao seu encontro. Esta vivência fortalecedora propicia a experiência de ilusão de criação do mundo, que está pronto, disponível, constante, como ele precisa.

Por ser tão importante e fundante para o *vir-a-ser* do bebê, compreendemos que a *memória da presença* aí vivenciada será a base para as demais experiências integradoras que o bebê poderá viver. Entendemos que esta *memória da presença* não é abandonada, mas fica inscrita, atuante, mesmo que sem o conhecimento do bebê e da criança que está crescendo.

Na fase de *dependência relativa*, o ambiente *suficientemente bom*, gradativamente abre espaço para que o bebê experimente algumas doses de falhas, ou pequenas desadaptações, as quais são suportáveis e até necessárias para o seu amadurecimento. Isto é possível devido ao começo da percepção do bebê de que ele é alguém separado do ambiente, com a constituição da psique e ao mesmo tempo o desenvolvimento intelectual saudável, que o ‘ensina’ a notar as diferenças no ambiente, nos sons, na preparação da comida, por exemplo, dentre outros.

Com isso, o processo de *desmame* ganha importância, pois, por meio dele, o bebê torna-se capaz de perceber que o seio que ele imaginava ter criado na verdade já existia, não foi criação sua, o que também ocorre gradualmente, mostrando-lhe sua dependência do ambiente. Nesta fase, o bebê aprende a demonstrar quando sente fome, e certa consciência desta dependência começa a constituir-se. O bebê começa a estabelecer uma *relação de objeto*, uma vez que o objeto subjetivo começa a ser percebido como externo a ele, e com isso a relação entre mãe e bebê se modifica.

A relação com o ambiente nesta fase é intermediada pelos *fenômenos transicionais*, que constituem uma realidade compartilhada, entre mundo subjetivo e mundo objetivo. São os *fenômenos transicionais* que permitem ao bebê constituir um modo singular de relacionar-se com o mundo -que vai se tornando cada vez mais importante que o bebê- de modo criativo.

Avançando para o final da fase de *dependência relativa*, há uma nova mudança na perspectiva do bebê sobre o objeto, com o avanço da sua capacidade de relacionar-se, forma-se o que Winnicott denominou de *uso do objeto*. Este se caracteriza pela destruição do objeto subjetivo efetuada pelo bebê. Com o ambiente tornando-se cada vez menos adaptado, o bebê é capaz de perceber sua externalidade, com isso o destrói na fantasia. A importância do

ambiente *suficientemente bom* continua prevalecente, na medida em que este sobrevive à destruição do objeto, ou seja, permanece previsível e presente no cuidado da criança. A destruição do objeto subjetivo é uma importante conquista para o bebê, por possibilitar uma sofisticação da sua capacidade de relacionar-se com o mundo não-*eu*, pelo incremento da agressividade como potencialidade humana e pela capacidade de usar o objeto na fantasia, já que ele sobrevive à sua destruição.

Todas estas experiências, possibilitadas pelo ambiente *suficientemente bom*, que constitui o que designamos de *memória da presença*, vão consolidando a psique e ao final da fase, o bebê está apto a perceber-se como alguém inteiro e distinto do ambiente, chegando ao estágio denominado *Eu-sou*, na fase *rumo à independência*. Nesta fase, o bebê constituído como alguém inteiro, tem condições de estabelecer relações com o mundo, é capaz de sentir e desejar e poderá então viver as angústias referentes a estas relações. A ênfase na impossibilidade da independência completa do ambiente constitui a base da perspectiva winnicottiana da relação com o ambiente. A criança e posteriormente o adulto, sempre tem a possibilidade de retornar e depender do ambiente novamente, o que se configura como oportunidade para retomar o viver criativo.

Na segunda parte de nosso trabalho, mostramos como as falhas ambientais características de um ambiente *insuficientemente bom* irão constituir diferentes quadros na psicopatologia winnicottiana. Nosso trajeto nesta etapa foi demonstrar como estas falhas constituem o que denominamos como *memória da ausência*, para posteriormente, discutir a regressão no *setting* analítico como forma de retorno à dependência do ambiente, com necessidades bastante distintas para os pacientes que viveram em um ambiente *suficientemente bom* e daqueles que foram privados disto.

Durante as fases iniciais do amadurecimento, na impossibilidade de um ambiente *suficientemente bom* para o bebê, importantes conquistas não são consolidadas, o que implica quadros de adoecimento emocional para o bebê e posteriormente para a criança e adulto, pois as conquistas de uma fase são condições para as demais. É importante a afirmação de Winnicott (1988) de que parece improvável que um adoecimento pertença somente ao presente, pois desde o início o adoecimento, como defesa, já pode se instalar.

Conforme demonstramos, o quadro da neurose é característico dos pacientes que conseguiram alcançar o status de *eu* unitário, capazes de estabelecer relações objetais e por isso, capazes de sofrer as angústias e ambivalências afetivas das relações. Este grupo viveu de maneira geral em um ambiente *suficientemente bom* que possibilitou as conquistas necessárias para o estabelecimento do *Eu-sou*.

Por outro lado, o quando da psicose, é caracterizado pela *insuficiência* do ambiente, de forma que o bebê não chegou a constituir-se como um *eu* integrado e por isso, carece de sentido de *si mesmo*, pois não viveu as conquistas necessárias para tanto. Neste grupo, vimos que as falhas ambientais são extremas por impossibilitarem que o bebê viva a *ilusão de onipotência* e a integração psicossomática, fundamentais para a experiência com o mundo. No lugar da presença materna atenta às suas necessidades, houve falta ou intrusão, causadores do adoecimento. Neste ambiente, o bebê vai se constituindo por meio do que designamos como *memória da ausência*, não sabida, mas sentida e parte da experiência precária dele no mundo.

Os pacientes não-neuróticos vivem num estado de confusão entre o mundo subjetivo e objetivo de muito sofrimento, pois o que eles sentem não encontra amparo no mundo, não há um ambiente capaz de acolher sua inquietude. Winnicott nos demonstra que esta inquietude é consequência da impossibilidade de habitar o mundo subjetivo com tranquilidade, confiança, o que se conquista mediante um ambiente *suficientemente bom*. Como eles não puderam vivenciar isto, o medo é de sucumbir, cair no abismo para sempre, pois eles sentem a ausência, embora não saibam dela. Como consequência das falhas, desenvolvem um *self* falso, protetor do verdadeiro *self*, mas incapaz de sentir-se real.

O quadro dos casos fronteirços (*borderline*, limítrofes) também é caracterizado pela *insuficiência do ambiente bom*, no qual o desenvolvimento do falso *self* como defesa é sua principal característica. O falso *self* submisso e adaptado ao ambiente, por isso, com um desenvolvimento intelectual extenuante e precoce também está impossibilitado de estabelecer a comunicação com o *self* verdadeiro. Em seu lugar, vive uma aparente e frutífera relação com o mundo, mas esconde seu sentimento de nulidade e falta de sentido de *si mesmo*.

Após este percurso pela teoria do amadurecimento de Winnicott e a caracterização da sua psicopatologia chegamos ao *setting* analítico. Nele, nos debruçamos sobre a experiência da regressão nos diferentes contextos de adoecimento e buscamos apontar o modo como o que designamos neste trabalho como *memória da presença* e como *memória da ausência*, são mobilizadas na regressão. A regressão tem um sentido específico na abordagem winnicottiana visto encerrar a ideia de que regredir é parte do desenvolvimento humano, regredir sempre que a vida exigir, seja pelo descanso ou para retomar pontos ou conquistas não experienciadas. Isto por si só já nos levaria para uma ampla discussão acerca do presente e passado na constituição da subjetividade, mas em nosso caminho, optamos por apresentar como a memória participa e é condição para este processo.

Conforme demonstramos, a conquista do estado unitário do *eu* é característica da neurose, tendo como base a presença materna, por meio do *holding* e do ambiente

suficientemente bom, aquele constituído pela confiança e pela *memória da presença*. Nestas condições, a regressão na neurose refere-se ao retorno a estas experiências fortalecedoras do *self*, ao cuidado ambiental que se atem às necessidades do bebê, lugar para o qual ele pode retornar na relação analítica, pois ele já viveu esta experiência. Por meio do analista, ‘ocupando’ o lugar da mãe no passado, o paciente pode descansar e reexperimentar este estado de confiança que possibilita sua ação e gesto criativo no mundo, e experimentar a ambivalência da *relação de objeto* com o próprio analista.

Diferentemente funciona o quadro dos psicóticos na necessidade da regressão, visto que não há este lugar *bom* para o qual retornar. Pelo contrário, há o trauma, o medo do colapso. Nestes casos, o trabalho é mais ‘difícil’, tanto para o paciente como para o analista, pois algumas conquistas são necessárias ao paciente antes que ele sinta confiança para regredir, o que na prática exige bastante atenção e disponibilidade do analista.

Como vimos, os pacientes psicóticos vivem ansiedade de aniquilamento e não de castração, o que implica reconhecer a necessidade elementar de um cuidado ambiental silencioso, mas fundamentalmente constituído como presença. Neste caso, o que os constitui é a ausência de confiança e cuidado no ambiente, isto é, a *memória da ausência*, por isso a tarefa da regressão é retornar ao ponto anterior à ausência, à falha. Deste modo, é pelo *holding* ofertado no presente, na disponibilidade do analista na relação transferencial, de ofertar o ambiente que sustenta o paciente, que ele, enfim, pode integrar a experiência do colapso. É, por meio das repetidas condições ambientais ofertadas no presente, que ele pode então começar a constituir uma psique e, com isso, ter maiores condições para lidar com o trauma, com a falha ambiental, pois, no sentido de Winnicott, é preciso que uma experiência dê lugar a outra. Que a falha, dê lugar à presença, ao cuidado.

Assim, no *setting* de psicóticos, a regressão caracteriza-se especialmente pelo *holding*, que possibilita a confiança, acolhe o gesto do paciente e, com isso, ele se sente mais forte para descongelar a falha ambiental, ou seja, experimentar a falha, integrá-la à sua experiência, por meio do reconhecimento da ausência do ambiente materno, podendo, assim, dar-se conta da precariedade da sua vida e do seu sofrimento. Mas sem o analista ‘funcionando’ como a *mãe suficientemente boa*, sem a devida singularidade e identificação que este paciente exige, nenhum trabalho é possível, podendo ocasionar até mesmo novos traumas. Por isso, a regressão na abordagem winnicottiana enfatiza a *dependência do ambiente* como sua condição, pois ela traz em si a crença de que, em um *ambiente suficientemente bom*, as potencialidades do amadurecimento humano voltam a acontecer e a comunicação com o *self* verdadeiro pode ressurgir, ainda que muito lentamente.

Compreendemos, a partir disso, que é a possibilidade do paciente de criar pela *ilusão de onipotência*, integrar o mundo à sua personalidade, existir na relação tendo seu tempo, ritmo, jeito e gesto encontrados que o novo pode ser inaugurado. Uma comunicação do *self* verdadeiro pode vir a existir, pois o analista foi o ambiente que suportou, sustentou este processo, e “esta coisa passada e futura torna-se então uma questão do aqui e do agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez” (WINNICOTT, 1963a, p. 74). Diríamos que, neste momento, a *memória da ausência* pôde ser encontrada, *esquecida* e poderá abrir espaço para que uma nova vivência transformadora possa ser criada, tornada real, e quem sabe, no futuro, sentida como uma *memória da presença*, constituída na relação paciente-analista.

Ao final deste percurso, nos deparamos com a ‘permanência’ do passado na constituição da subjetividade, ou do *si mesmo* winnicottiano. Ao buscarmos entender de que memória Winnicott nos fala, concluímos esta etapa compreendendo que tanto a ausência quanto a presença constituem uma forma de experiência ou não experiência da subjetividade, ou do *si mesmo* winnicottiano. Uma pela falha e outra pelo cuidado, de forma diferente e com caminhos completamente opostos, elas nos mostram um *funcionamento de memória* constituindo (ou impossibilitando a constituição) de um indivíduo, que, a despeito de habitar um presente, nos parece também estar sempre *vindo* de um passado, aparentemente cronológico, pertencente a outro tempo e lugar, mas que atravessa toda e qualquer experiência presente.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
- DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2003.
- _____. Caráter temporal e os sentidos de trauma em Winnicott. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1-8, 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2006000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 out de 2015
- FULGÊNCIO, L. Compulsão à repetição no contexto analítico para Winnicott. **Rev. Filos., Aurora**, Curitiba, v. 23, n. 33, p. 493-506, jul./dez. 2011.
- FREUD, Sigmund. **Além do princípio de prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Edição original: 1920.
- HARTMANN, H. Comments on the psychoanalytic theory of the ego. In: **Essays on the Ego Psychology**. New York:International Universities Press, 1964. Edição original: 1950.
- KUPERMANN, D. A via sensível da elaboração. Caminhos da clínica psicanalítica. **Cadernos de Psicanálise - CPRJ**, Rio de Janeiro, ano 32, n. 23, p. 31-45, 2011.
- LOPARIC, Z. De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. **Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana**, v. 8 (Especial 1), p. 21-47, 2007.
- LOPARIC, Z. É dizível o inconsciente?. **Natureza Humana – Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise**. São Paulo: EDUC, v. 1, n. 2, p. 323-385, 1999.
- MORENO, M. M. A.; COELHO JUNIOR, Nelson Ernesto. Trauma: o avesso da memória. **Ágora** (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 47-61, Jun. 2012.
- WINNICOTT, Donald. W. Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. In: **Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392. Edição original: 1954.
- _____. Memória do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: **Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 254-276. Edição original: 1949.
- _____. A Mente e sua Relação com o Psicossoma. In: **Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 254-276. Edição original: 1949a.
- _____. Psicose e cuidados maternos. In: **Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 305-315. Edição original: 1952.

_____. Formas clínicas da transferência. In: **Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 393-398. Edição original: 1956.

_____. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

_____. O medo do colapso. In: **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1994. p. 70-76. Edição original: 1963 a.

_____. A psicologia da loucura: Uma contribuição da Psicanálise. In: **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1994. p. 94-101. Edição original: 1965.

_____. A Importância do *Setting* no Encontro com a Regressão na Psicanálise. In: **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1994. p. 77-81. Edição original: 1964.

_____. O Conceito de Regressão Clínica Comparado com o de Organização Defensiva. In: **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1994. p. 70-76. Edição original: 1967.

_____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1971. Edição original: 1971.

_____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1965a.

_____. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

_____. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, p. 38-54, 1983. Edição original: 1960a.

_____. A capacidade para estar só. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 31-37. Edição original: 1958.

_____. Psicanálise do Sentimento de Culpa. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 20-30. Edição original: 1958^a.

_____. Análise da Criança no período e latência. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 106-113. Edição original: 1958b.

_____. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 55-61. Edição original: 1962.

_____. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 128-139. Edição original: 1960.

_____. Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 152-155. Edição original: 1962a.

_____. Os doentes mentais na prática clínica. In: **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 196-206. Edição original: 1963b.

_____. Moral e Educação. In: **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 88-98. Edição original: 1963c.

_____. Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica. In: **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 114-127. Edição original: 1963d.

_____. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 79-87. Edição original: 1963e.

_____. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983, p.163-174. Edição original: 1963f.

SAFRA, G. **A Po-ética na clínica contemporânea**. São Paulo: Idéias e Letras, v.01, 2004.

_____. **Desvelando a memória do humano**: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio. São Paulo: Edições Sobornost, 2005.