

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Ana Karina Fachini Araujo

O renascimento psíquico vivido em análise

Doutorado em Psicologia Clínica

**São Paulo
2018**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Doutorado em Psicologia Clínica

Ana Karina Fachini Araujo

O renascimento psíquico vivido em análise

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica, sob orientação da Profa. Doutora Elisa Maria Ulhôa Cintra.

**São Paulo
2018**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Psicologia Clínica Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

ARAUJO, ANA KARINA FACHINI

O renascimento psíquico vivido em análise/

ANA KARINA FACHINI ARAUJO; orientadora Elisa Maria de Ulhôa Cintra – São Paulo, 2018.

115 páginas.

TESE (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Área de Concentração: Psicanálise) – Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Banca Examinadora

*Aos meus pacientes que, generosamente, permitiram
que os acompanhasse na experiência do renascer
psíquico.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e às forças divinas que abençoaram minha vida e meu trabalho. Sempre me senti sustentada e amparada por elas.

Aos meus pacientes, com quem vivi a experiência analítica do renascer psiquicamente. Aprendi muito com eles.

As minhas analistas que foram fundamentais na minha experiência de renascer, me ensinando e me guiando em minha vida e na relação com meus pacientes.

Meus familiares foram a base de tudo! Entendo que precisamos de nossas sementes e raízes, para nos tornarmos árvore e frutificar. Assim, agradeço aos meus avós maternos – Iolanda e Hercílio, que estiveram todo o tempo segurando minha mão e me dando a referência tão necessária. Meus avós paternos – Cora e Paulo, que transmitiram a curiosidade e o gosto pelos estudos. Na biblioteca da casa deles, viajei pelo mundo! Sou grata aos meus Avós, pois deles vieram meus pais, que sempre apoiaram todas as minhas decisões, mesmo as mais malucas e audaciosas. E, não poderia deixar de mencionar meu irmão, por quem sou apaixonada! Mesmo que não nos falemos cotidianamente, sei que você está ligado a mim e eu a você. Estamos juntos, sempre!

A meu filho Pedro, grande amor, com quem aprendi tanto. Você foi o divisor de águas em minha vida. Sei que foi quem mais sentiu minhas ausências, quando estava trabalhando, estudando, escrevendo e lhe dizia: “Calma, preciso terminar o doutorado!”, Você foi parceiro, paciente e companheiro.

Também sou muito grata ao Luiz, por seu companheirismo, generosidade e parceria. Sei que somos “festa estranha, com gente esquisita”, mas é assim que tem dado certo. Seguimos nos completando, inclusive, nas esquisitices. Estive um tanto ausente, enquanto estava envolvida com a tese. Você se preocupou em me deixar tranquila. Gratidão!

Não poderia deixar de mencionar o quanto sou grata a minha Tia Rita, grande incentivadora e sempre presente em todos os momentos. Você me conhece como ninguém!

Elisa Maria Ulhoa Cintra, minha orientadora, foi ímpar em todo esse processo, pois permitiu trabalhar com liberdade, sempre presente e implicada. Aprendi muito contigo, principalmente, com relação a “brincar na presença de alguém” e, depois, “aprender a brincar sozinha”. Assim, pude introjetá-la como um bom objeto!

A presença carinhosa e inspiradora de Gina Tamburrino, com quem aprendi muito ao longo desses nove anos. Amiga presente, companheira de trabalho, com quem posso compartilhar e confiar. Inclusive, partilhar a tese!

Agradeço a Luis Claudio Figueiredo, pelas aulas magistrais e inspiradoras, e pela leitura sensível e profunda do meu trabalho.

Aos professores do Curso de Formação em Psicanálise, minha profunda gratidão. Hoje, tenho a honra de fazer parte desse corpo docente. Carinho especial por Suzana Viana e Maria Luiza S. Persicano, com quem aprendi muito e sigo aprendendo, agora, como companheiras de trabalho.

Tania Corallo Hammoud, por me ajudar a sonhar a tese e me apropriar cada dia mais dela! Nesse processo, foi preciso fazer um “luto glorioso” do primeiro texto, para, então, renascer e escrever uma nova tese! C’est la thèse!

Claudia Perrotta e Maria Luiza Cardinale Baptista, pela presença forte e grande incentivo. Além disso, tiveram uma leitura sensível e implicada!

À minha querida amiga Alba Zucco, que esteve presente em todos os momentos. Nossos jantares no japonês foram fundamentais! Sei que estamos sempre juntas.

Às amigas Flávia Pennachin, Ana Lucia Santos, Berenice Brandão e Alcimeri Prata, que são queridas companheiras. Obrigada pela presença de vocês em minha vida e pelo carinho!

Aos colegas do grupo de orientação, sou muito agradecida pela presença e companheirismo!

Não posso deixar de mencionar o quanto meus alunos sempre foram fonte de inspiração e incentivo! Vocês foram especiais e aprendi muito nessa relação de troca que é ensinar. Entendo que, para ensinar, primeiro, é preciso aprender.

Agradeço à Capes, pelo incentivo financeiro que viabilizou essa pesquisa.

E, por fim, já que para mim é sempre um novo começo, agradeço pelo dom da vida!!!!

RESUMO

A presente tese tem como objeto de estudo o processo de renascimento psíquico vivido em análise. Pretende-se apresentar e discutir a análise, como possibilidade de renascimento psíquico. Mais especificamente, a proposta foi analisar o processo que envolve esse fenômeno, no movimento dialético de idealizar e desidealizar, considerando a passagem pela situação edípica e posição depressiva, com o relato e discussão de dois casos clínicos. Esta tese se orientou pelo método psicanalítico. O referencial teórico que fundamentou este estudo e sua análise foi psicanalítico, tendo Melanie Klein, Winnicott e Balint como autores basilares. Em ambos os casos objeto de análise, foi possível acompanhar a experiência do renascimento psíquico. Nesse movimento, os pacientes puderam recuperar a experiência com o bom objeto e, então, prosseguiram e progrediram, no sentido da elaboração da posição depressiva e situação edípica. Nesse percurso vivido em análise, considerou-se a necessidade do paciente, no sentido de regredir para relações duais e idealizadas com o objeto analista; permanecer nesse funcionamento mais dependente, pelo tempo necessário, para atender às suas necessidades; e, desse modo, garantir um ambiente seguro em que pudesse resgatar o bom objeto e, então, confiar nele. Assim, as relações com o objeto analista e, conseqüentemente, com os demais objetos, passaram de ideais para mais integradas e, desse modo, os pacientes em questão puderam adquirir mais recursos diante da tarefa de viver e existir.

Palavras-chave: renascimento psíquico; regressão à dependência; idealização; relações duais, posição depressiva; situação edípica; bom objeto.

ABSTRACT

The present dissertation has as object of study the process of psychic rebirth lived under analysis. It is intended to present and discuss the analysis, as a possibility of psychic rebirth. More specifically, the proposition was to analyse the process that involves this phenomenon, in the dialectical movement to idealize and "de-idealize", considering the experience through the Oedipal situation and depressive position, with the report and discussion of two clinical cases. This dissertation was guided by the psychoanalytical method. The psychoanalytic theoretical framework underpinned this study and its analysis, with Melanie Klein, Winnicott and Balint as main authors. In both cases under analysis, it was possible to follow the experience of psychic rebirth. In this program, patients were able to retrieve their experience with the good object and then proceeded and progressed towards the elaboration of the depressive position and Oedipal situation. In the journey of analysis, the patient's need was considered, in the sense of regressing to both dual and idealized relationships with the analyst object; lasting in that more dependent performance, for the time necessary, to meet his/her needs; and thereby ensure a secure and safe environment in which the good object could be retrieved and then trust it. Thus, the relations with the analyst object and, consequently, with the other objects, went from ideal to more integrated and, therefore, the patients at issue could acquire more resources before the task of living and existing.

Keywords: psychic rebirth; regression to dependence; idealization; dual relations, depressive position; Oedipal situation; good object.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 DO “PEQUENO PRÍNCIPE” A GABRIEL.....	15
1.2 BELA ADORMECIDA E SEU MUNDO ADORMECIDO.....	16
1.3 DEPOIS DAS TRILHAS E DOS SONHOS, A TESE.....	18
1.4 CAMINHOS DA TESE.....	20
2 O COMPLEXO DE ÉDIPO À LUZ DE FREUD, KLEIN E WINNICOTT.....	23
2.1 O COMPLEXO DE ÉDIPO EM FREUD, ATRAVÉS DE LOEWALD E OGDEN.....	24
2.2 MELANIE KLEIN E A RELAÇÃO DO COMPLEXO DE ÉDIPO COM A POSIÇÃO DEPRESSIVA.....	32
2.3 ALGUNS PRESSUPOSTOS SOBRE O COMPLEXO DE ÉDIPO EM WINNICOTT.....	42
3 ACERCA DA COMPREENSÃO DO RENASCIMENTO PSÍQUICO.....	51
3.1 AS CICATRIZES DEIXADAS NO PEQUENO “EU” EM FORMAÇÃO.....	53
3.1.1 Regressão à “falha básica”.....	53
3.1.2 Regressão à dependência como possibilidade do “novo começo” ou renascimento psíquico.....	61
4 O RENASCIMENTO PSÍQUICO E A REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA: O TRABALHO DA DUPLA ANALISTA E PACIENTE.....	76
4.1 BELA ADORMECIDA E SEU MUNDO ADORMECIDO.....	78
4.1.1 A “barriga analítica” como lugar e tempo para o “renascimento psíquico”.....	82
4.2 DO “PEQUENO PRÍNCIPE” A GABRIEL.....	89
4.2.1 O “Pequeno príncipe” e seu encontro com a “terra analítica”: formas de nascer e renascer.....	92
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109

*Mas é preciso ter manha,
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estanha mania
De ter fê na vida...*

(Milton Nascimento; Fernando Brant)

1 INTRODUÇÃO

Ninguém pode esperar compreender o outro, quer seja um livro, um amigo, o próprio partner, o próprio paciente, sem antes passar por si mesmo e pelos próprios enredos interno. (MACCIÒ, 1998, p. 209)

Todo texto tem sua história, e esta começa com meu encontro com a Psicanálise, como paciente, estudante e analista. Devo dizer que, num primeiro momento, durante o curso de Psicologia, o contato com os conceitos freudianos foi marcado por certo estranhamento e desencontro; porém, quando comecei os estágios na clínica, acabei escolhendo o núcleo de Psicanálise. Era um enigma, que eu precisava mesmo decifrar.

Também nessa ocasião iniciei meu processo de análise e, então, surgiram novos enigmas. Desta vez, a meu próprio respeito - me perguntava quem era aquela pessoa que estava conhecendo, era um eu que não era eu... Eram vivências de dor, angústia, alegria, sofrimento, o que gerava várias descobertas. Tinha a sensação de estar vivendo uma metamorfose. Fui capturada pela arte da Psicanálise, como paciente e, daí em diante, foi fácil me aprofundar nos estudos da área.

Ao final da graduação, decidi ingressar no mestrado em História da Psicologia no Brasil, de forma que pudesse estudar a história do movimento psicanalítico. O projeto era audacioso, então, delimito-o na história dos psicanalistas cariocas que haviam feito sua formação na Argentina, tendo sido influenciados pela vertente social da Psicanálise argentina.

Logo descobri que Marialzira Perestrello, pioneira da Psicanálise no Brasil¹, estava viva e muito disposta a contar sua história. Ao encontrá-la, no Rio de Janeiro, percebi que ela estava esperando alguém que contasse seu rico percurso. Capturada pela situação, mudei o objetivo da dissertação. Encontramo-nos mais algumas vezes, para entrevistas e para que eu pudesse recolher material de sua obra. Desses encontros, nasceu a dissertação: “Marialzira Perestrello: um pouco da vida e obra de uma pioneira da psicanálise do Rio de Janeiro”, defendida em 16 de abril de 2004. Nosso contato não terminou com a dissertação – continuamos a nos falar por

¹Perestrello fez parte do grupo de cariocas que havia feito sua Formação em Psicanálise na Argentina e, posteriormente, fundou a Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro.

telefone e, em 2009, voltei a visitá-la periodicamente, até sua morte, em março de 2015, aos noventa e nove anos.

Neste percurso, a ânsia pela Psicanálise só fez aumentar. Decidi ingressar no Curso de Formação em Psicanálise, onde permanece durante cinco anos, no Departamento de Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Surgiram, então, questionamentos acerca da relação entre identificação projetiva e contratransferência, culminando na monografia “Um estudo sobre as relações entre identificação projetiva e contratransferência e suas implicações na clínica”, defendida em março de 2015. Penso que essa formação foi importante para minha fundamentação teórica e, também, clinicamente, além de levantar questionamentos que se tornaram objetos de pesquisa. Todo esse processo me levou ao doutorado. Dentre as várias linhas de pesquisa dos programas de pós-graduação, me identifiquei com a do Método Psicanalítico e Formação da Cultura. Além disso pesou na escolha o fato de o corpo docente do Programa de Psicologia da PUC-SP ser bastante conhecido por sua produção acadêmica.

Já com relação à minha experiência, como paciente, foram três ciclos de análise, em que pude viver o processo de encontro e reencontro, através de um outro que me proporcionou rever, reparar e transformar aspectos em mim. Esse movimento foi e ainda é dolorosamente encantador, levando ao nascimento ou renascimento de aspectos muito profundos. Através dos recursos que tinha, pude fazer microtransformações na minha forma de ser, viver e estar no mundo. Quando penso sobre isso, recordo-me de um trecho bíblico que diz:

Para tudo há uma ocasião, e um tempo para cada propósito debaixo do céu: tempo de nascer e tempo de morrer, tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou, tempo de matar e tempo de curar, tempo de derrubar e tempo de construir [...] (ECLESIASTES 3:2,3).

De fato, no âmbito da Psicanálise, há sempre um tempo para nascer, morrer, construir e desconstruir..., mas preciso dizer o porquê de pensar em ‘renascer’. Começamos a empreitada do viver e de nos constituirmos humanos, quando chegamos ao mundo e somos recebidos por nossos pais ou por pessoas que ocuparão esse lugar, de alguma maneira. Nossas primeiras relações com essas pessoas nos ajudam a constituir o mundo interno. Logo, quando procuramos análise, já temos um psiquismo em pleno funcionamento; saudável ou não, ele está lá! Então, entendo que a análise pode promover um renascimento psíquico, quando podemos regredir a um estado mais primitivo e desorganizado, conhecendo-o, para, posteriormente, termos

condições de seguir no sentido mais integrado e organizado (BALINT, 1968; WINNICOTT, 1954a; SWEDEN, 1994).

Em “Análise terminável e interminável”, Freud (1937) nos diz que podemos caminhar com nossos pacientes, até onde chegamos em nossa análise, pois, se estamos “cegos” para nós mesmos, como poderemos conduzi-los? Assim, foi o meu percurso de análise que mostrou o caminho que poderia seguir como analista, em condições de viver, com meus pacientes, intensas emoções, que foram me convocando a pensar sobre o processo de análise. Percebo que poderia passar a vida escrevendo e me questionando sobre o que acontece nesse contato permeado por trocas emocionais, entre analista e analisando.

Durante os últimos anos, no entanto, dois casos atendidos chamaram minha atenção, convocando-me escrever a tese. Gabriel e Bela, nomes fictícios, estão associados, respectivamente, neste texto, ao Pequeno Príncipe e à Bela Adormecida, como recurso narrativo, numa alusão a dois personagens da literatura. Bela Adormecida, que despertou para a vida, e o Pequeno Príncipe, que, curioso, saiu do seu país e do convívio com sua rosa, endereçando-se para novas aventuras e experiências.

Abaixo, apresento, então, brevemente, ambos os pacientes que me capturaram. Mais adiante no trabalho, retomo cada um deles, buscando articular suas questões aos preceitos teóricos que sustentam esta tese. Para justificar a escolha da narrativa de um caso clínico, remeto-me a Winnicott (1975), quando ele fala sobre a sobreposição da área do brincar do analista e do analisando. Penso que a narrativa do caso nasce dessa área do brincar a dois, como uma “brincadeira criativa”, que pode gerar múltiplos sentidos e significados. Estamos “brincando” com a possibilidade de escrever criativamente, do estudo e do pensamento analítico. Não é mais o caso em si, como foi atendido, mas uma expansão potencialmente criativa dele, ou seja, através de um trabalho como este, é possível criar e sonhar... Então, que venham os sonhos...

1.1 DO “PEQUENO PRÍNCIPE” A GABRIEL

Quando o mistério é muito impressionante, a gente não ousa desobedecer. (SAINT-EXUPÉRY, 1989, p. 12)

Recebi Gabriel no início de 2008, quando ele estava com seis anos de idade. Ele permaneceu em análise comigo até os 14 anos, com apenas uma interrupção de um ano e meio, de novembro de 2011 a fevereiro de 2013, por dificuldades pessoais do pai. Gabriel nasceu prematuro, com seis meses e uma semana, fruto de uma gestação desejada, mas que teve complicações. Sua mãe passou cinco meses hospitalizada, por conta de fortes dores. Ao nascer, o pequeno Gabriel permaneceu por três meses na UTI Neonatal, sem intercorrências.

Quando o bebê estava com dois anos, a mãe descobriu um câncer avançado e faleceu dez meses após o diagnóstico. Durante o tratamento, meu paciente foi cuidado pela avó e tia materna, enquanto o pai acompanhava a esposa. A morte da mãe foi sentida intensamente pelo pai, que, por algum tempo, ficou sem condições emocionais de cuidar do filho cotidianamente. Assim, ele continuou sob atenção da família da mãe, embora o pai sempre procurasse estar presente. É preciso mencionar que toda a família de Gabriel, que incluía o pai, a avó e a tia, ficou muito abalada, pela dor de perder alguém especial, e acabou se desorganizando nas funções de cuidado. Assim, o ambiente familiar, que “deveria” acolher e conter o pequeno menino, em suas necessidades emocionais e físicas, falhou.

Então, no que aqui denomino primeiro ciclo de análise, o tema de nossas sessões girava em torno das perdas sofridas por meu paciente, das dificuldades de adaptação escolar, familiar, de socialização e da necessidade que ele tinha de cuidado, segurança e proteção. Na sessão, eu o percebia como menino indefeso e carente, buscando estabelecer comigo uma forma de relação afetiva que lhe desse segurança e contorno. Era comum procurar meu colo, para se sentar e se aninhar, sinalizando essa necessidade de aconchego, ou de um lugar que o tranquilizasse. Num primeiro momento, percebia essa necessidade como física e concreta, mas, com o tempo, fui compreendendo que significava mais do que isso.

O início do primeiro semestre de 2015, segundo ciclo de análise, foi muito tumultuado. Rapidamente, reapareceram as confusões no contexto escolar, com colegas e professores, o que gerou reações intensas no pai. Tudo isso o que me levou a buscar novas formas de manejo do caso, como relato mais adiante.

1.2 BELA ADORMECIDA E SEU MUNDO INTERNO ADORMECIDO

Aurora não morrerá; dormirá por cem anos, até a chegada de um príncipe que a acordará com um beijo. (Trecho do conto Bela Adormecida)

Em 2010, Bela me foi encaminhada por uma colega de trabalho e pelo neurologista que a atendeu quando ela teve um branco, que foi entendido, pelo médico, como uma crise de estresse. Estava com 18 anos de idade. Na ocasião, frequentava cursinho pré-vestibular, na cidade de São Paulo, e morava em um pensionato. Era filha única, de um casal que havia se separado, quando ela estava com dez anos. Bela passou, então, a morar em companhia da mãe, uma mulher muito comprometida psiquicamente e com quem não tinha um bom relacionamento. Ela sentia que precisava cuidar da mãe, mas não queria fazer isso, porque entendia que uma mãe deve cuidar de uma filha, e não o inverso. Já com o pai, a relação era de admiração e idolatria, ficando depositada nele toda a sua idealização.

Bela tinha dificuldade em se relacionar e fazer amigos, desde a infância. Como mudou de cidade por duas vezes, em um ano, após a separação dos pais, fechou-se, demorando a se abrir para novos relacionamentos.

No primeiro contato, senti que Bela estava em pedaços – ou seja, demonstrava desamparo, fragilidade e desintegração do eu - e sem voz própria, pois foi o pai que a apresentou. Quando terminou a primeira entrevista, no entanto, fiquei com a sensação de vida e me questioneei de onde vinha essa sensação. Entendi que seria do convite inconsciente que Bela Adormecida me fez, para que a ajudasse a sair de seu sono mortífero e acordasse para a vida. Contratransferencialmente, me senti, então, convocada a ser o príncipe da história, que a despertaria, para que, assim, enfrentasse o temor de crescer. Crescer, no caso, estava associado, entre outras coisas, ao temor de não conseguir se responsabilizar por si mesma, às várias perdas que sofrera, como a de uma desejada continência materna, e, ainda, ao risco de se tornar alguém parecida com a mãe, perdida em um mundo interno caótico. Em outras palavras, Bela temia a loucura.

Para que minha paciente atravessasse o caos do seu mundo interno e começasse a ter condições de viver o medo do desamparo, procurei oferecer-me como um objeto externo que a reassegurasse, continuamente, quanto à possibilidade de encontrar uma pessoa, que pudesse ajuda-la a guardar seus bons objetos em segurança, de modo a se manter protegida da angústia

de aniquilamento. E também encontrar um bom continente psíquico e uma figura feminina para se identificar, livre do risco da loucura.

A idealização estava presente na análise e aparecia quando Bela contava que o pai procurava confirmar suas tentativas de negação dos aspectos insatisfatórios da realidade. Evitando que a filha se frustrasse, o pai não conseguia ajudá-la a crescer.

Muito rapidamente, Bela estabeleceu um vínculo idealizado comigo, identificando-se somente com as partes boas, gratificadoras e continentas. Era comum dizer: você sabe tudo, vou perguntar pra você. De certa forma, fui cindida e tomada por ela de maneira idealizada. Minha hipótese é que ela projetou todos seus objetos bons na analista, para que eles ficassem em segurança, livres de sua destrutividade e da ação de sua inveja sobre os seus próprios objetos bons. Creio que os seus aspectos pouco desenvolvidos ficaram depositados em várias situações: na mãe, no vestibular, na madrasta e no processo de crescer e se desenvolver.

Logo, as ponderações feitas por mim eram tomadas como verdades e não eram questionadas. Em função disso, ela me solicitava, inclusive, fora do horário de análise. Sentia a necessidade de sustentar, durante algum tempo, as idealizações de Bela. Entendi que ela ainda não tinha condições de entrar em contato com os objetos reais e com sua responsabilidade sobre eles, o que, quando fosse possível, a encaminharia no sentido de uma organização e integração psíquica.

1.3 DEPOIS DAS TRILHAS E DOS SONHOS, A TESE

Se, no início, a impressão é de caos absoluto, de que o mundo interno se despedaçou e destruiu, há depois uma intensa alegria e uma esperança vitalizante, quando os objetos internos bons são recuperados e reinstalados no mundo interno, que parece então renascer das cinzas. (CINTRA; FIGUEIREDO, 2004, p. 101)

Foram esses dois casos que me levaram a pensar no processo de análise como renascimento psíquico, um renascer das cinzas após o caos, através do reencontro com o bom objeto² (KLEIN, 1946). Ambos os pacientes haviam sofrido falhas precoces, nos cuidados iniciais, no sentido de uma não adaptação do ambiente às suas necessidades emocionais, falhas que provocaram *alguma ruptura* no pequeno Eu em formação (WINNICOTT 1945;1951).

Uso aqui o termo ruptura, para me referir a pacientes cujos ambientes de acolhimento não foram suficientemente bons, em momentos cruciais de suas vidas, não cumprindo de modo satisfatório a função de *escudos protetores* - o que é fundamental para o desenvolvimento psíquico saudável (WINNICOTT, 1951; KHAN, 1963/1977). Assim, tudo isso deixou marcas na constituição do Eu, mas percebo que essas marcas que não chegaram a devastá-los psiquicamente, embora ambos se apresentassem desorganizados emocionalmente, com fronteiras entre o eu e o não-eu não claramente estabelecidas. Mostravam-se carentes de confiança no bom objeto e com angústias persecutórias (KLEIN, 1935, 1940; 1946).

Fui percebendo, então, o quanto a analista precisa se implicar, de modo a favorecer a construção de uma relação de confiança, no sentido do surgimento de uma nova experiência emocional, que ajude a reconstruir um bom objeto, favorecedor do processo de transformação e organização psíquica (FERENCZI, 1928, 1929; 1933, BALINT, 1968).

Notei que Gabriel e Bela mantinham comigo uma relação idealizada e que, no início do processo analítico, me cabia acolher, conter, responder às necessidades deles. Nesse sentido, poderia me colocar como *meio ou ambiente facilitador, para que pudessem reencontrar o curso de suas potencialidades, na reconstrução de seus mundos internos e de sua constituição*

²A ideia do renascer pode ser articulada a elaboração da posição depressiva e situação edípica, como será aprofundado mais adiante.

subjetiva. No decorrer do trabalho, fui então percebendo que os pacientes já tinham tido boas experiências, embora insuficientes, e que, com o auxílio da análise, passaram a reunir recursos para saírem de uma relação de dependência de objetos gratificantes. Podiam, então, se endereçar para uma crescente percepção da realidade interna e externa, mostrando-se em condições de se adaptarem a ambas. Para isso, era preciso regredir à dependência, no sentido de ressignificar essas marcas.

À medida que o tempo de análise transcorria, passei a me angustiar, pois notava que, de certa forma, o trabalho poderia estagnar, se permanecesse nessa relação idealizada. Essa relação é necessária por um período, para se retomar o processo de amadurecimento e a reorganização psíquica, mas precisa ser superada, ou melhor, a relação precisa ser desidealizada.

Então, cheguei ao objetivo da tese: discutir a análise como possibilidade de renascimento psíquico. E, mais especificamente, analisar o processo que envolve esse fenômeno, no movimento dialético de idealizar e desidealizar, considerando a passagem pela situação edípica e posição depressiva.

Em termos teóricos, o referencial é a Psicanálise, sendo que a tese dialoga e se sustenta nos estudos de Melanie Klein e dos neo-kleinianos. Na área, esses estudos representam o início e posterior desenvolvimento de uma teoria que se sustenta a partir das relações objetais. E esta tese se propõe a pensar justamente a relação objetal que se estabelece entre paciente e analista.

Coerente com os pressupostos teóricos, o trabalho se desenvolveu a partir do método psicanalítico, que será apresentado e discutido a seguir. Para falar desse movimento de relações ideias e duais que caminham as relações triangulares, o Complexo de Édipo é um conceito fundamental. Assim, o primeiro capítulo relaciona-se a essa temática: “Revisitando o Complexo de Édipo em Freud, Klein e Winnicott”.

Na sequência, apresentei a fundamentação teórica do renascimento psíquico na perspectiva desta tese. Então, abordei a falha dos objetos primários - “falha básica” - e a consequência na constituição psíquica, e assim como a regressão à dependência, uma regressão à área dessa falha. Para isso, recorri a Klein, Winnicott e Balint. Dessa perspectiva, surgiu o capítulo: “Acerca da compreensão do renascimento psíquico”.

Depois de apresentar a ideia de que é preciso regredir para renascer, o relato do trabalho clínico é fundamental, para nos contar como isso acontece. Em decorrência disso, surgiu o terceiro capítulo, “O renascimento psíquico e a regressão à dependência: o trabalho da dupla analista e paciente”. Nas considerações finais, retomei os casos, destacando as ferramentas analíticas que foram fundamentais na condução de ambos.

1.4 CAMINHOS DA TESE

Afinal, escrever nada mais é que um sonho guiado.
(BORGES, 1970, p.13³)

Escrever uma tese que foi desejada, sonhada e delineada. E por fim, eis que ela começa a se concretizar fruto de um trabalho árduo. À medida que escrevo, desejo mais e sonho mais. Assim, depois de apresentar as “trilhas da tese” e o objeto de estudo, proponho os caminhos da tese, tendo como ponto de partida o referencial teórico da Psicanálise e o método psicanalítico.

Segundo Mezan (2014, p. 558), através do método psicanalítico podemos “construir uma teoria específica sobre *aquela* indivíduo [...] essa teoria se baseia no que ele relata sobre sua vida e no que dela manifesta nas condições da transferência”. Complementando, a contratransferência será também um instrumento importante, para se pensar sobre o que se passa na relação entre sujeito e objeto, ou melhor, paciente e analista.

Quanto ao método psicanalítico, Naffah Neto e Cintra (2012) consideram que existem dois tipos de pesquisa em Psicanálise: pesquisa-escuta e a pesquisa-investigação. No primeiro, a associação livre do paciente e a atenção flutuante do analista são evidenciadas. Trata-se, pois, da pesquisa clínica por excelência.

Já no segundo tipo – pesquisa-investigação -, em que se baseia esta tese, o fundamento é a “[...] pesquisa teórico-metodológica, responsável em última instância pelo crescimento e o aperfeiçoamento da disciplina psicanalítica, que complementa e dá suporte à pesquisa clínica, recebendo dela, ao mesmo tempo, o estímulo para o seu trabalho construtivo” (NAFFAH NETO; CINTRA, 2012, p. 41). Penso que, quando trabalhamos com “um componente clínico substancial, que exemplifique a teoria e a técnica específica que lhes é subjacente”, nossos estudos se tornam mais ricos, no sentido da ampliação do conhecimento (FERRO; BASILLE, 2013, p. 11).

Considero importante diferenciar pesquisa em Psicanálise de pesquisa com método psicanalítico. Para isso, recorro a Figueiredo e Minerbo (2006), que ponderam que a principal diferença diz respeito à presença do analista, em atividade analítica, na pesquisa com método psicanalítico. Esse modo de pesquisar é entendido como “obra de psicanalista e capaz de trazer

³Tradução de *Doctor Brodie's report*, extraída de Ogden (2010).

novidades à própria psicanálise” (p. 259). Já na pesquisa em Psicanálise, há uma distância entre a produção de conhecimento e a atividade clínica em si, ou seja, “não requer um analista atuante” (p. 258). Na pesquisa com método psicanalítico, tanto o objeto de estudo – paciente – quanto o pesquisador – analista – passam por um processo de transformação.

Para se escrever na perspectiva do método psicanalítico, o analista precisa estar atuante. Nesse sentido, entendo a necessidade de trabalhar a partir da clínica viva, que é viva em função do trabalho da dupla analista e paciente, que só pode ser apresentada através dos casos clínicos. Cintra e Naffah Neto (2012, p. 35) propõem uma ampliação do pensamento, com relação ao trabalho com casos clínicos.

Do outro lado do divã, podemos afirmar que cada psicanalista tem uma capacidade metafórica diversa, e também uma disposição variável a se entregar com paciência ao trabalho de pesquisa seja em seu consultório, seja convivendo com as teorias e os relatos de outros casos, seja quando lê, escreve, orienta pesquisas e discute com seus pares; em todos esses domínios há pesquisa e toda pesquisa consequente do universo psíquico conduz a impasses e aporias que precisam ser ultrapassados, ainda que parcialmente.

Ogden (2010) considera a escrita analítica como um gênero literário e artístico. Nesse sentido, defende que é um território mais leve, para tecer fios da clínica para a teoria. Ressalta, contudo, que ela é trabalhosa, pois precisa transformar em palavras algo que se viveu na experiência analítica, de tal forma a levar o leitor a ter a sensação do que é estar naquela experiência. O autor salienta que o escritor analítico luta com o fato de que uma experiência “é o que é”, pois, quando ela é contada, não é mais a mesma, já se tornou uma nova experiência.

O escritor analítico precisa transformar fatos em ficções, pois, precisa ser fiel ao que viveu com o paciente e, em função do sigilo, isso não pode ser contado, na íntegra, ainda que precise ser levado ao leitor como uma história. Para isso, ele faz “[...] uma versão imaginativa de uma experiência em palavras” (OGDEN, 2010, p. 140). Assim, cria-se uma história, uma “ficção”, com personagens que dependem de pessoas reais para terem vida. Paciente e analista são os que lhe dão vida.

[...] e dar vida ao que aconteceu entre essas pessoas no *setting* analítico depende da vitalidade e tridimensionalidade dos personagens criados na história. Manter viva sua conexão tanto com sua experiência vivida com o paciente quanto com sua experiência com os personagens da história exige do escritor analítico um delicado ato de equilíbrio [...] A arte da escrita psicanalítica reside em conseguir sustentar um diálogo vital entre a experiência analítica e a vida da história escrita (OGDEN, 2010, p. 141).

O escritor analítico não pode dizer como ocorreu uma experiência, mas pode usar metáforas para contar como foi uma experiência, levando o leitor ao um pensamento mais profundo. Isso “[...] permite que a escrita analítica teórica signifique muito mais do que ela é capaz de dizer” (OGDEN, 2010, p. 147).

Neste doutorado torno-me uma escritora analítica e vivo os prazeres e as batalhas dessa empreitada, no sentido de conduzir o leitor à experiência analítica que deu origem as histórias vividas com os dois casos apresentados nessa tese. Essas histórias são uma “ficção”, inclusive, eu as aproximo de histórias da literatura.

Quando retomei esses casos para escrevê-los, a partir da memória que trazia deles, aconteceram transformações, surgiram antigas e novas emoções, abrindo um campo de possibilidades de criação e invenção. Penso que o processo de escrita, como narrativa ficcional, se compara ao sonho, em que elementos se reúnem e se organizam de uma maneira que não é a original, mas que a representa, de alguma forma.

Antes de entrar em contato com os pacientes, o projeto de tese foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. Uma vez aprovado o projeto, foi solicitada a autorização dos pacientes previamente selecionados, para o uso da memória e de algumas anotações que tinha feito nos atendimentos. Os participantes foram informados sobre o referido estudo, através do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, e esclarecidos sobre os mínimos desconfortos e riscos⁴ que poderiam ter, ao participarem da pesquisa. Após autorizarem o uso das informações, assinando o Termo de Consentimento Pós-informado, escrevi os casos clínicos, transformando os relatos em uma ficção. Em respeito à Resolução 466/12, tive cuidado para que ambos não fossem reconhecidos.

A análise dos casos clínicos está fundamentada no referencial teórico, apresentado nos capítulos teóricos a seguir.

⁴BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP nº 016/2000**. Disponível em: <<http://www.pol.org.br>>. Acesso em: 07 de nov. 2015.

2 O COMPLEXO DE ÉDIPO À LUZ DE FREUD, KLEIN E WINNICOTT

O complexo de Édipo foi uma das maiores descobertas de Freud, que o descreveu como sendo o complexo nuclear de todo o desenvolvimento humano - de saúde e doença, religião e arte, civilização e lei, etc. (BALINT, 1968a, p. 37)

Para compreendermos o processo de idealização e desidealização, vivido por todos nós, ao longo da vida, e que está em questão nesta tese, é preciso revisitar um conceito fundamental – o Complexo de Édipo. Esse complexo corresponde a um processo que instaura uma mudança na qualidade das relações, que antes dele, eram duais, ideias e indiferenciadas, e passam a triangulares, “reais” e diferenciadas.

Na primeira infância, as crianças elegem seus pais, principalmente a mãe, como figuras ideais com quem estabelecem relações idílicas. Mais tarde, o “declínio” do Complexo permitirá que ocorra um sentimento de profunda decepção, pois, “[...] a criança descobre que os bem-aventurados tempos de relação paradisíaca com a mãe começam a sofrer a interferência de rivais; além do pai, a descoberta da própria genitalidade [...], a descoberta que a mãe é também um ser sexuado” (CINTRA, 2001, p. 37). Com essa decepção, ocorre um processo de desidealização das figuras até então idealizadas. Ainda assim, no entanto, os filhos precisam continuar a se identificar com essas figuras, para que possam compor a instância superegoica.

Para abordar o tema, resgato o Complexo de Édipo em Freud (1924), através da leitura de Loewald (2000), que aborda aspectos importantes da teoria freudiana e enfatiza, segundo Ogden (2014), a “ânsia de emancipação”, o desejo de nos tornarmos indivíduos autônomos e responsáveis por nós mesmos, assunto que tem profunda ligação com esta tese.

Depois, passo aos teóricos das relações de objeto, iniciando com Klein (1926; 1928; 1932; 1935; 1940; 1945; 1946), seguida por Winnicott (1961; 1954b, c; 1951; 1962a; 1963a) e autores contemporâneos. Preciso mencionar que, embora apresente Freud e Winnicott, utilizo como referência primordial a situação edípica tão bem desenvolvida por Melanie Klein.

2.1 O COMPLEXO DE ÉDIPO EM FREUD, ATRAVÉS DE LOEWALD E OGDEN

Freud (1924; 1925) afirma que, na primeira infância, o Complexo de Édipo é o fenômeno central da sexualidade, ocorrendo, porém, de forma diferente no menino e na menina.

Na fase fálica, o menino descobre seu pênis. Vivendo seu Édipo, toma a mãe como objeto de desejo, sendo ela a prioridade de seu amor. Já o pai é visto como rival, que ameaça a perda de seu precioso órgão genital, através da castração, caso permaneça investindo a mãe como objeto de seu desejo. Ao observar a menina, o menino percebe a diferença anatômica entre eles e imagina que ela tenha perdido seu pênis, como ele pode vir a perder o seu (FREUD, 1924; 1925). Essa percepção leva à concretização da ameaça de castração. Então, por amor ao seu próprio genital, o menino retira o investimento libidinal da mãe. Assim, a fase fálica, que ocorre ao mesmo tempo em que o Complexo de Édipo, “[...] não continua a se desenvolver até a organização genital definitiva, mas submerge e é substituída pelo período de latência” (FREUD, 1924, p. 206).

Na menina, isso se dá de maneira um pouco diferente, pois a ameaça de castração, que põe fim ao Complexo de Édipo, no menino, dá início ao Édipo feminino. Na fase fálica, a menina descobrirá que o menino tem um órgão genital maior que o seu e, portanto, sentirá inveja dele. Constata, então, sua condição de quem não tem um pênis e passa a desejar tê-lo. Esse reconhecimento da falta a coloca numa condição de inferioridade, que desperta inveja. Este fato gera enfraquecimento de sua relação de ternura com a mãe, que é responsabilizada por não ter lhe dado um pênis e, ainda, por colocá-la no mundo incompleta, ou, como diz Freud (1925, p. 293): “[...] insuficientemente aparelhada”. Esse momento é a antessala do Complexo de Édipo na menina, pois, depois dele, “[...] a libido da garota passa – ao longo da equação simbólica pênis = criança” (FREUD, 1925, p. 295). Ou seja, a menina substitui o desejo de ter um pênis pelo desejo de ter um filho. O pai é tomado como objeto de desejo, e a mãe será vista como sua rival; por isso, a menina terá ciúmes dela. Essa ligação com o pai será gradativamente abandonada, e ela se identificará com ambos os pais.

Assim, é preciso mencionar que, para Freud (1925), a ameaça de castração “quebra”, põe fim ao Complexo de Édipo no menino. Nesse processo, o interesse narcísico pelo pênis se sobressai, e o menino se afasta do interesse libidinal dos pais, bem como do anseio incestuoso por eles. Assim, “[...] as tendências libidinais próprias do complexo de Édipo são dessexualizadas e sublimadas em parte, o que provavelmente ocorre em toda transformação em

identificação, e em parte são inibidas na meta e mudadas em impulsos ternos” (FREUD, 1924, p. 209).

Tanto no menino quanto na menina, observamos o mesmo processo - ambos identificar-se-ão com os pais, que passarão a compor o superego, sendo investidos com amor e não com desejo sexual.

Passo, agora, a abordar textos relacionados ao Complexo de Édipo, escritos por dois comentadores da obra freudiana que são sinalizadores de questões teóricas importantes: o artigo “*The waning of the Oedipus Complex*”⁵, de Loewald, e do capítulo “Lendo Loewald: Édipo reformulado”, de Ogden (2014)⁶.

No artigo intitulado “O declínio do Complexo de Édipo”, Loewald (2000) faz digressões sobre o texto de Freud (1924) “A dissolução do Complexo de Édipo”, iniciando com a retomada da formação do superego (1925). Na constituição do superego, ocorre uma identificação com a autoridade parental, através da renúncia ao objeto de amor edípico, da dessexualização dos pais, em prol da sublimação do desejo incestuoso. Então, no lugar do desejo libidinal, surge ternura. Para que tudo isso aconteça, espera-se que o Complexo de Édipo seja “dissolvido” e que a relação de amor sexualizada se transforme em uma relação de filiação.

A dissolução do Complexo, contudo, nunca é completa, sendo necessárias reelaborações ao longo da vida. Isso implica o trabalho de “[...] repressão, interiorização, transformação e sublimação” (LOEWALD, 2000, p. 240). Nos casos em que essa transformação não é possível ou ocorre em nível mínimo, não se dá um declínio suficiente, e o complexo persiste de forma reprimida, sendo que seus efeitos patogênicos serão sentidos no futuro.

Assim, Loewald (2000) se propõe a pensar em quatro momentos do Complexo de Édipo: parricídio, culpa, responsabilidade e reparação. O parricídio corresponde ao assassinato de uma figura parental ou de quem represente sua autoridade; conseqüentemente, estamos diante da violação do laço sagrado entre pais e filhos. Ao trazerem filhos ao mundo, os pais são responsáveis por sua criação e passam a estabelecer uma relação de cuidado e proteção para

⁵O declínio do Complexo de Édipo. Publicado originalmente: LOEWALD, H. *The waning of the Oedipus Complex*. In: **Papers on Psychoanalysis**. New Haven, CT: Yale University Press, p.384-404. 1980. Para esta tese, no entanto, tomo como base a publicação posterior do mesmo texto: LOEWALD, H.W. *The waning of the Oedipus Complex*. **J. Psychother Pract Res**, v.9, n.4, p. 239-249, 2000.

⁶O capítulo faz parte do livro *Leituras criativas: ensaios sobre obras analíticas seminais*. Vale ressaltar que o primeiro acesso a esse material ocorreu na disciplina “Ação terapêutica na prática clínica”, ministrada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, em 2013. Naquela ocasião, não havia tradução, para o português dos textos de Loewald e Ogden. No ano seguinte, o texto de Ogden foi publicado como capítulo do livro “*Leituras criativas: ensaios sobre obras psicanalíticas seminais*”. Já o texto de Loewald não está traduzido; portanto, farei traduções livres e, também, utilizarei trechos traduzidos na disciplina de Cintra (2013).

com eles. Nesse sentido, os pais têm “autoria” e autoridade sobre suas crias, e o parricídio é, portanto, um crime contra a autoridade parental (LOEWALD, 2000).

De certa forma, as crianças precisam “superar” a autoridade dos pais, para se tornarem adultos autônomos e responsáveis por si mesmos. Esse seria o caminho saudável esperado, mas passar por ele significa vivenciar, segundo Loewald (2000, p. 241):

[...] a ambiguidade que está presente nas questões da responsabilidade e da autonomia de um adulto. No processo de tornar-se um adulto, os significativos laços emocionais com os pais são ameaçados. Esses laços são ativamente rejeitados e destruídos, em diferentes níveis[...].⁷

Neste sentido, observamos dois movimentos simultâneos: em um deles, há uma “revolta” contra a autoridade dos pais; e no outro, os pais reivindicam sua autoria em relação aos filhos (OGDEN, 2014). O que Loewald (2000) destaca é que estamos diante de uma passagem, que envolve o “corte do laço sagrado” entre pais e filhos. A revolta contra a referida autoridade parental é compreendida como um impulso ativo de emancipação.

Ogden (2014) destaca que, ao apresentar o impulso de emancipação, Loewald (2000) não se dá conta totalmente de que se trata de “[...] uma pulsão inata à individuação”, não enfatizando tal fato (OGDEN, 2014, p. 203). Assim, para que essa emancipação aconteça e os filhos possam, então, se apropriar da autoridade dos pais e ter acesso ao direito de seguir sua vida, é necessário um assassinato “amoroso” deles, que continuam a amar os filhos.

Estamos diante da possibilidade de uma criança reivindicar a condição de adulto. Vale ressaltar, no entanto, que essa situação pode, ao mesmo tempo, fascinar e aterrorizar pessoas, que nutrem a fantasia de “[...] viver[em] eternamente na proteção de figuras parentais idealizadas. Isto seria uma fixação em um estágio de aspiração a uma grandiosidade das figuras parentais” (CINTRA, 2013, p. 15).

Já que o Édipo é revivido por toda a vida, espera-se que crianças e adultos saiam da passividade rumo à atividade; porém, para que isso aconteça, o conflito também ganha cena,

⁷Tradução livre do original: “The clinical example puts in bold relief the ambiguity of adult responsibility and autonomy as considered in the light of the Oedipus complex and its vicissitudes in the course of life. In the process of becoming and being an adult, significant emotional ties with parents are severed. They are not simply renounced by force of circumstances, castration threats, etc.—although these play an important instrumental role— but they are also actively rejected, fought against, and destroyed to varying degrees”. Trecho destacado da documentação temática de aula sobre Complexo de Édipo em Freud. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 14 de agosto de 2014, ministrada por Cintra (2013), em 14 de agosto.

no sentido de que os pais começam a ser sentidos como opositores, pois os filhos precisam ganhar poder e se desenvolver.

Ogden (2014) salienta a importância de a autoridade dos pais se fazer presente, pois, segundo ele, é justamente essa autoridade que põe freios à fantasia de assassiná-los, para que ela não se reproduza na realidade. O impulso de assassinar os pais e o terror que ele provoca devem ser, pois, reprimidos, enterrados vivos, erguendo-se uma postura rigidamente punitiva, com relação a esses sentimentos e a essa fantasia; a defesa é a repressão. Estamos diante, pois, de uma ambiguidade: a autoridade é necessária, para que a criança/adulto tenha contra quem se opor, o que pressupõe o conflito e, conseqüentemente, o sentimento de culpa que dele advém. Vale dizer, no entanto, que fica difícil suportar esse processo, quando a autoridade parental não se faz presente, como freio para as fantasias de assassinar a quem se ama e com quem se tem uma relação de dependência.

Quando as figuras parentais e de autoridade estão presentes, o assassinato é vivido psiquicamente e em segurança, de modo que a fantasia não precisa ser reprimida. Sendo assim, nesta forma de parricídio “amoroso”, acontece uma apropriação apaixonada do que é vivido com os pais e de seus aspectos admiráveis. Trata-se, sobremaneira, de um ato de amor. Apesar disso, o efeito colateral da busca da criança/adulto por “autonomia e individuação” é equivalente à “[...] morte fantasiada de um dos genitores edípicos [...]” (OGDEN, 2014, p. 203-4).

Penso que também vivemos esse processo na análise - os filhos analíticos precisam se emancipar, mas, para isso, precisam viver, no primeiro momento do processo analítico, o idílio amoroso para com o analista. Nos casos clínicos de Bela e Gabriel, trabalhados nesta tese, vivemos esse momento em que houve a necessidade de sustentar um vínculo ideal e de dependência, até que a separação dos laços ocorresse. Ambos puderam, então, se emancipar como sujeitos e, portanto, “matar” dentro de si a figura da analista de quem “dependiam”, encontrando-se com a introjeção dessa figura, como instância superegoica. E, assim, seguiram suas vidas conquistando autonomia.

Nesse sentido de busca por autonomia, recordo-me de que Bela, por um longo período, sempre me pedia autorização para faltar às sessões. Até que, num determinado momento, ela apenas me comunicou sobre sua falta. Senti que ela estava mudando a qualidade de sua relação comigo, justamente no sentido de ganhar autonomia.

Ogden (2014) ainda destaca um aspecto fundamental, apontando por Loewald (2000): mesmo que lutemos por nossa autoridade como pais, precisamos permitir que nossos filhos continuem a nos assassinar, para que não se sintam pequenos diante de nós. Ampliando essa

ideia para o que acontece na sala de análise, Ogden (2014) lembra que devemos permitir que cada um de nossos pacientes possa nos matar quantas vezes forem necessárias, de modo a não se sentirem apequenados diante de nós. Esse desafio não envolve, por parte do analista e dos pais, uma “[...] resignação passiva ao envelhecimento ou à morte, mas um gesto amoroso ativo repetido muitas vezes em que a pessoa entrega seu lugar na geração presente para tomar seu lugar triste e orgulhosamente como parte da geração entre aqueles em vias de se tornarem antepassados[...].” (OGDEN, 2014, p. 206).

Penso exatamente isto com relação à Bela: ela precisou ter, para comigo, uma relação próxima e ideal, me “matar” quantas vezes fossem necessárias para que pudéssemos viver esse movimento de passagem da dependência à independência. Digo passagem, porque ela precisava passar por essa relação comigo, enquanto sua analista, e eu precisava, depois disso, fazer parte desse passado.

Ainda segundo Ogden (2014), os pais podem oferecer resistência, na sucessão das gerações, para não ocuparem seu lugar na geração passada, mas isso não cessará esse movimento. Apesar disso, existem genitores que se comportam de modo a negar a diferença entre as gerações, afirmando que crianças e adultos são iguais entre si. Isso se expressa através de atitudes cotidianas, como, por exemplo: não fechar a porta do quarto ou do banheiro. Ao se comportarem dessa maneira, não estabelecem limites entre o mundo infantil e o mundo adulto. “Nessas circunstâncias, as crianças não têm objetos parentais genuínos para matar, apenas uma versão perversa de autoridade parental para se apropriar. Isso transforma o indivíduo em criança atrofiada e congelada no tempo” (OGDEN, 2014, p. 207).

Essa rica disputa entre pais e filhos, por autonomia e autoridade, fica mais evidente na adolescência; mas, já aos dois anos de idade, quando a criança deixa de ser o bebê totalmente dependente dos pais e começa a andar e a teimar, evidencia-se uma mudança no padrão de relação entre eles. Os pais sentir-se-ão traídos e precisarão enfrentar a “teimosia obstinada” da criança, colocando limites e frustrando-a. Já para a criança surgirá um novo registro intrapsíquico, que comporta uma cisão das figuras parentais, em boas e más (OGDEN, 2014).

A vivência do parricídio é algo necessário para pais e filhos. Através dele, a criança alcançará sua autonomia e autoridade, na vida adulta futura. Loewald (2000) afirma que a formação do superego decorre do parricídio e envolve uma interiorização e uma identificação com os pais edípicos.

Ogden (2014) prefere usar a ideia de um aspecto do *self* à de superego, como derivado da autoridade parental, que passa a tomar medidas de cuidado de si e de condução da própria vida. O autor ainda enfatiza um questionamento fundamental de Loewald (2000, p. 209): “[...]”

que sentido tem dizer que as relações edípicas são interiorizadas no processo de organização do superego? [...]”.

Voltemos a Loewald, para responder à indagação de Ogden (2014). Para Loewald (2000, p. 241), do parricídio decorre a organização do superego, pois, a partir dele, há a internalização dos objetos edípicos. Isso se verifica, ao mesmo tempo em que se dá uma metamorfose com as relações de objetos pré-edípicos, que são “[...] transmutadas em relações estruturais internas e intrapsíquicas[...]”, passando a compor o superego.

Então, a organização do superego é a prova viva do assassinato dos pais, pois ele é fruto da “[...] apropriação bem-sucedida da autoridade paterna que se transforma em capacidade de autonomia e de responsabilidade da criança [...]” (OGDEN, 2014, p. 209). Ao mesmo tempo, o parricídio altera a organização psíquica da criança/adulto, pois a culpa pelo assassinato dos pais é expiada, uma vez que algo desses pais é assimilado. Como explicar isso?

Os pais são incorporados, em termos de vivências, autoridade e responsabilidade, passando a ter lugar de influência na forma como os filhos conduzirão a vida. Logo, “A ‘interiorização’ dos pais (transformados) constitui a expiação por matá-los, na medida em que essa interiorização contribui para que o filho se torne igual aos pais” (OGDEN, 2014, p. 210). Portanto, ao se identificarem com eles, os filhos passam a tê-los internamente, desenvolvendo, desse modo, um sentimento de honrá-los, conquistando um sentimento de autoridade e responsabilidade. É a introjeção das qualidades admiradas que ajuda a expiar a culpa e aumenta o caráter “amoroso” do parricídio.

Num movimento saudável, ao perceberem que seus filhos - sua autoria - se tornaram suas versões modificadas e melhoradas, os pais se sentem gratificados. Isso, por si só, promove a mais profunda remissão da culpa.

Do ponto de vista de Ogden (2014), Loewald (2000) evidencia que, na formação do superego, os pais são restituídos em sua autoridade, de modo a se tornarem pais de filhos cada vez mais responsáveis e autônomos. Esses pais restituídos são pais que não existiam ou, talvez, somente existissem como potencial ou ideal.

Esse processo descrito acima, que vai da fantasia do parricídio à remissão da culpa, comporta uma metamorfose, pois os pais são interiorizados “transmutados”, ou seja, ao fazerem parte do superego, eles sofrem modificação. Essa “transmutação” é uma metamorfose. Ogden (2014) destaca que Loewald (2000) faz uso da palavra metamorfose somente uma vez e que parece não ter percebido a importância dessa metáfora para explicar a referida “transmutação”.

Sobre isso, Ogden (2014) explica que os objetos edípicos são “interiorizados” e irão constituir o superego da criança, o qual, por sua vez, tem suas bases na constituição psicológica

dos pais da criança, que serão introjetados como figuras superegóicas. Por sua vez, o superego desses pais se constitui a partir das relações com seus próprios pais. Trata-se, pois, de uma continuidade transgeracional da experiência edípica (LOEWALD, 2000).

Assim, quando os pais favorecem que seus filhos cometam o parricídio dos pais edípicos, há a possibilidade de os filhos estabelecerem relações com novos objetos, livres da experiência incestuosa. Logo, “Essas relações novas têm vida própria, fora dos termos das relações libidinais e agressivas da criança com seus pais edípicos. Desse modo, possibilitam-se relações genuinamente novas (não incestuosas) com os próprios pais e com outros” (OGDEN, 2014, p. 212).

Loewald (2000) ressalta que há um elemento sagrado nas primeiras relações de amor, que é destruído com o advento do incesto. A destruição do sagrado surge quando o desejo sexual – relação objetal diferenciada – se dirige ao mesmo objeto com quem se manteve uma relação indiferenciada, relação fusionada entre a mãe e a criança, que constitui uma unidade narcísica primária.

A esse respeito, Cintra (2013) destaca que, no início da vida, a criança pertence e se sente pertencer a uma unidade familiar formada por ela e pelos pais, sendo que há momentos em que a rivalidade que caracteriza o surgimento da triangulação não aparece. Então, vive-se um momento em que as contradições e os sentimentos negativos e agressivos não estão presentes, o que traz o sentimento de se pertencer a uma *sagrada* família, já que os três membros formam uma só unidade. Trata-se de um momento ideal e maravilhoso, em que se experimenta “[...] o amor livre de ciúme, rivalidade, culpa, vergonha”. Isso nos remete à “[...] vivência narcísica primitiva em seu aspecto amoroso, claro, tranquilo e eternamente igual a si própria, uma vez que nada pode perturbar tal harmonia” (CINTRA, 2001, p. 37). Esses são momentos de relação objetal pré-edípica, com indiferenciação entre os participantes.

Loewald (2000, p. 245) tem uma tese sobre os objetos pré-objetais ou pré-edípicos:

[...] os laços de identificações pré-edípicos no seio da família, como derivações diretas da unidade narcísica são considerados sagrados, e pertencentes a um estado de inocência, e que as fantasias e atos incestuosos são considerados como aquilo que vem violar esta sagrada inocência.

Com a emergência da sexualidade genital, o mesmo objeto da fase pré-objetal, marcada por uma indiferenciação entre sujeito e objeto, e com quem se constitui fortes laços de identificação, vem a ser o objeto de desejo sexual na fase edípica. O objeto é o mesmo e o

vínculo de identificações que se estabeleceu com ele na fase pré-objetal permanece, mas o aspecto “sagrado” desse vínculo parece ser violado, justamente, pela presença do incesto, que busca transgredir a barreira entre as identificações e o investimento objetal.

De certa forma, os pais precisam favorecer a passagem de investimento pré-objetal para objetal. A entrada na fase em que predominam as fantasias incestuosas faz parte do desenvolvimento humano, já que, ao atravessá-la, é possível emergir um indivíduo autônomo. Apesar disso, o que torna essa passagem pelo incesto algo “nebuloso” é a violação dos laços de identificação primários entre pais e filhos. Esses laços são colocados em questão, quando os desejos incestuosos predominam.

O autor atribui à relação objetal incestuosa a condição de transicional. Seguindo Winnicott (1951), penso então que ela funciona como um “espaço potencial” intermediário de experimentação e desenvolvimento. Esse espaço comporta, ao mesmo tempo, a passagem da ilusão absoluta, numa relação indiferenciada, para a percepção da realidade, percepção do objeto como diferente do eu - relação objetal edípica⁸.

Em seu artigo “Hamlet e a melancolia”, Cintra (2001) usa a metáfora da variação entre luz e sombra, para se referir a essa transição entre relação objetal pré-edípica e edípica. Assim, a luz está para a “plenitude narcísica” – estado de indiferenciação -, tal qual a sombra para as insatisfações e os desencontros, promovidos pelo desejo sexual dirigido aos objetos edípicos. O espaço intermediário contemplaria, então, o processo de desenvolvimento, que se insere na variação entre luz e sombra.

Para Ogden (2014, p. 215):

Tanto o superego quanto a relação transicional objetal incestuosa são herdeiros do complexo do Édipo de maneiras complementares, cada um mediando a tensão entre amor aos pais e o desejo de se emancipar deles e estabelecer novas relações de objeto. Porém, há diferenças importantes entre os dois.

⁸Este aspecto será desenvolvido, com mais profundidade, a seguir.

O que Ogden (2014) propõe é que a formação do superego envolve internalizar os pais, que passaram por uma metamorfose e se transformaram em pais percebidos como objetos totais e separados - que não estão mais em estado de fusão com o outro.

Assim, no desenvolvimento psíquico saudável, muitos processos de internalização, integração, diferenciação e combinações entre os objetos de amor pré-edípico e edípico precisam acontecer, para que as identificações simbólicas se deem e venham, então, a constituir a instância superegoica (CINTRA, 2001).

Loewald (2000, p. 248) ressalta que Freud (1924) já mencionara que o núcleo no Complexo de Édipo comporta relações de objeto indiferenciadas. Enfatiza, entretanto, que o mais importante é que esse aspecto mais arcaico, que não chega a ser completamente superado, permanece como “camada mais profunda de uma mentalidade desenvolvida”.

Por fim, é preciso retornar ao começo. Declínio ou destruição do Complexo de Édipo? De fato, ele não é destruído e, sim, constantemente transformado, em sua complexidade, ao longo da vida. Há um declínio da relação de dependência absoluta da criança e do adulto, com relação aos pais, mas não uma superação absoluta, que comportaria, então, sua destruição. Embora se deseje alcançar a condição de indivíduo autônomo, sempre haverá o desejo de uma união com o outro, herdeiro das relações ideais de união profunda com os pais.

2.2 MELANIE KLEIN E A RELAÇÃO DO COMPLEXO DE ÉDIPO COM A POSIÇÃO DEPRESSIVA

Refletindo sobre as vivências de “elaboração” do Complexo de Édipo, como uma possibilidade de emancipação do sujeito ao longo da vida, deparo-me com Melanie Klein, com suas considerações inovadoras sobre a “situação edípica” e sua relação com a posição depressiva. Klein (1935; 1940) sugere que as noções de luto de onipotência e de separação das formas primitivas de amar, que estão presentes na posição depressiva, vão iluminar alguns aspectos importantes do Complexo de Édipo.

Para Britton (1994, p. 49), a introdução do conceito de posição depressiva, por Klein, alterou a compreensão acerca da resolução do Complexo de Édipo. Para ele, “[...] essas duas situações estão inextricavelmente entretecidas, de modo tal que uma noção não pode ser resolvida sem a outra: nós resolvemos o complexo de Édipo elaborando a posição depressiva e a posição depressiva elaborando o complexo de Édipo”. Além disso, Britton (1994) considera

a elaboração da situação edípica e da posição depressiva como dois processos que não se concluem ao longo da vida. Ambos são revividos e reelaborados: “Vejo a posição depressiva e a situação edípica como nunca concluídas, mas sim como tendo de ser retrabalhadas em cada nova situação de vida, em cada estágio de desenvolvimento e a cada acréscimo importante à experiência ou ao conhecimento” (BRITTON, 1994, p. 52). Assim, em se tratando do complexo de Édipo, o autor está em consonância com as ideias de Loewald (2000) e Ogden (2014), apresentadas anteriormente.

Façamos um percurso pela teoria kleiniana, a fim de compreendermos o acréscimo que Klein e os pós-kleinianos trouxeram para a compreensão do processo de resolução edípica. Isso parece importante, tendo em vista a nossa ideia de que os objetos deixam de ser idealizados, quando o sujeito elabora a posição depressiva e o processo contemporâneo de dissolução do complexo de Édipo. Penso que, no movimento do renascimento psíquico, passa-se de uma relação dual e ideal para uma relação triangular.

Jean-Michel Petot (2008, p. 109), importante comentador da obra kleiniana, assinala que o caso Rita⁹ foi de fundamental importância para Klein, no sentido de tê-la conduzido “[...] para o caminho da descoberta da técnica do brincar, da transferência ‘primária’, dos estágios iniciais do complexo de Édipo e do superego e do sadismo da criança”. Outros atendimentos de crianças auxiliaram Klein, em suas descobertas; no entanto, o caso Rita teve destaque, pois sua análise salientou “[...] o caráter central e exclusivo do complexo de Édipo na neurose e no desenvolvimento normal da criança” (idem).

Para Klein (1932), há uma correlação entre a formação do superego, o conflito edípico e a posição depressiva. Em seu artigo “Estágios iniciais do conflito edípico e da formação do superego”¹⁰, a autora afirma que, por volta dos seis meses de vida da criança – na época do desmame, em que o sadismo oral está no auge -, ocorrem os estágios iniciais do conflito edípico e a formação do superego. Esse período perdura até o quarto ano de vida da criança.

⁹Rita foi uma paciente atendida por Klein (1926), e o relato de seu caso aparece no texto “Princípios psicológicos da análise de crianças pequenas”.

¹⁰Trata-se de uma ampliação do texto “Estágios iniciais do conflito edípico”, publicado em 1928.

[...] estamos certos em supor que as tendências edípicas da criança se manifestam quando o sadismo acha-se no auge, somos levados à conclusão de que são principalmente os impulsos de ódio que iniciam o conflito edípico e a formação do superego e que governam os estágios mais arcaicos e mais decisivos de ambos (KLEIN, 1932, p. 156).

Vejamos de que forma a introjeção de objetos muito maus – pois estão formados pela agressividade pré-genital do bebê – exige que os estágios pré-genitais sejam substituídos pelo estágio genital. Para a autora, o predomínio da genitalidade está associado ao Complexo de Édipo. As frustrações e o ódio sempre levaram o sujeito a procurar novas formas de satisfação, que não fossem, pelo menos, tão frustrantes. A esse respeito, Figueiredo (2006, p. 138) acrescenta: “[...] segundo Melanie Klein, a relação narcísico-dual que o bebê estabelece com seu objeto primário — a mãe e, mais particularmente, o “seio” da mãe, representando a principal fonte de gratificação — está longe de ser uma relação idílica pura”.

Assim, a frustração oral do desmame leva a criança a fugir para outro lugar que não é a mãe, mas que ela ainda não sabe o que é. Podemos pensar num “paem¹¹”, o que significa que, mais tarde, essas experiências serão a base para a descoberta do pai. Estamos diante de uma vivência do bebê com seu objeto, que, desde muito cedo, anuncia a impossibilidade da plena gratificação. Isso ocorre, pois a frustração e os limites logo se apresentam e levam a buscar satisfações substitutivas, retirando a criança de sua plena inserção na mônada originária com a mãe.

Sob esse ponto de vista, Melanie Klein (1932) antecipa o início do Complexo de Édipo, situando-o na forma de uma emergência genital incipiente, contemporânea às vivências pré-genitais. Estamos diante do Édipo precoce kleiniano. A autora toma uma consideração de Freud (1915), em “Os instintos e seus destinos”, quando ele afirma que o ódio precede o amor, para fundamentar sua compreensão de que o conflito edípico começa sob a primazia do sadismo, sobretudo do sadismo oral. Nesse sentido, o ódio é predominante nas primeiras relações de objeto que a criança desenvolve com pai e mãe. Essa relação é decisiva para as futuras relações que venham a ser estabelecidas. Logo, a criança terá uma relação ambivalente com o seio – primeiro objeto com o qual se relaciona -, pois ele será fonte de gratificação e frustração oral. Frustração esta, como dito anteriormente, que a leva a se afastar da mãe e a distribuir seus anseios em outras direções, em busca de novos objetos e novas zonas erógenas.

¹¹Refiro-me à junção da figura materna e paterna, num único objeto.

A agressividade e a angústia, despertadas pela ação do sadismo oral, “[...] marcam o início do superego pela introjeção e identificação com objetos”. Klein (1932, p. 157) afirma ainda que “[...] identificações mais arcaicas da criança dão uma imagem irreal e distorcida dos objetos sobre os quais elas estão baseadas”.

Então, surge a questão: o que faz com que ocorra a referida distorção? Em resposta, considera-se a ação do sadismo oral – expressão da agressividade oral infantil – que danifica os objetos em fantasia, atacando-os agressivamente e, portanto, colorindo-os como maus objetos. Serão esses maus objetos que comporão os primórdios do superego arcaico. Estamos diante do “temor de talião”, em que a criança ataca em fantasia o objeto e passa a temer uma represália dele. Esse mesmo objeto atacado comporá seu mundo interno e se tornará um objeto vingador (PETOT, 2008).

Vale ressaltar, no entanto, que esse superego tem duas faces: uma “super má” e uma “super boa”, que se compõe pela projeção do amor nos objetos e a introjeção destes. Assim, a projeção do amor e da agressividade distorce, de forma “fantástica”, os objetos em relação aos objetos reais. Desta maneira, podemos compreender como a distorção dos objetos dá origem às primeiras imagos superegoicas, bastante distorcidas e dissociadas (KLEIN, 1932).

A ênfase recai sobre as frustrações orais, ligadas ao seio, que levam aos ataques sádicos por parte da criança. Essas frustrações fazem com que ela deseje, em fantasia, tomar posse do seio da mãe, para, então, sugá-lo e esvaziá-lo, assegurando-se, dessa forma, de que não haverá falta nem separação. Ela se dirige de modo invejoso e agressivo para o interior do corpo da mãe, com o intuito de retirar dele todos os seus conteúdos e, depois, destruí-los. Isso inclui o pênis do pai, que a criança imagina ter sido incorporado pela mãe, no ato sexual oral, e posteriormente, o pai. Assim, a situação edipiana arcaica começa muito cedo e mantém ligação com as diversas formas de sadismo – oral, uretral, anal e muscular –, que se dirigem, com força máxima, através de ataques abertamente violentos, à mãe, ao pai e, depois, em punição aos pais juntos¹². Desse modo, a criança quer destruir, em fantasia, os pais, que imagina estarem juntos “copulando”.

Em seu texto “O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas”, Klein (1945) propõe uma mudança em sua compreensão da situação edípica. Nele, encontra-se uma Nota Explicativa

¹²Os pais juntos remetem à fantasia da imagem dos pais combinados.

da Comissão Editorial Inglesa¹³, anunciando o conteúdo geral do texto. A referida Comissão menciona que Klein:

[...] não acredita mais que a frustração oral do desmame libera os impulsos edipianos, nem que o complexo de Édipo começa principalmente sob o impulso do ódio, como afirmou algumas vezes. Pelo contrário, agora sustenta que o início do complexo de Édipo coincide com o início da posição depressiva, quando a ansiedade persecutória diminui e os sentimentos amorosos passam a ocupar o primeiro plano (KLEIN, 1945, p. 413-14).

A autora abandona a ênfase nessa ideia de que o ódio acelera a evolução da libido e começa a dar mais ênfase na mudança do ódio para o amor. O ego foge da frustração oral e distribui sua libido em direção a outro objeto, para obter outras formas de amar. Além de mudar de objeto, é preciso mudar o colorido da relação com o objeto. Klein (1935), então, marca a necessidade de um pouco de amor, para se descobrir uma forma de amar, em que é possível amar sem devorar e sem ser devorado.

Assim, o Édipo precoce kleiniano, em que a tendência genital se faz presente, é mais colorido pelas tendências de fantasias pré-genitais – orais, anais, uretrais -, pela presença do sadismo e superego arcaico (PETOT, 2008). Ele vai se transformando, ao longo da posição depressiva, em função do predomínio do amor sobre o ódio.

Sob essa ótica da primazia do amor, Klein (1945, p. 414) apresenta sua nova concepção da relação da posição depressiva com o Complexo de Édipo, examinando “[...]o entrelaçamento de desejos edipianos e ansiedades depressivas à medida que a criança luta para integrar seu amor ao ódio, e mostra que os impulsos sexuais ganham nova dimensão como um meio de reparar os efeitos da agressividade”.

Fica claro, então, que o Complexo de Édipo e a posição depressiva estão muito interligados. Logo, a situação edípica é vivida pela criança, ao mesmo tempo que a posição depressiva; ou seja, “[...] a posição depressiva não pode ser elaborada sem que se elabore o complexo de Édipo” (BRITTON, 1994, p. 53).

É preciso mencionar, ainda, que a posição depressiva é que levará a criança a ter um conhecimento diferente sobre o objeto. De acordo com Klein (1946), na posição

¹³Cintra e Figueiredo (2004), gentilmente, esclarecem e ensinam a usar as Notas Explicativas da Comissão Editorial Inglesa das Obras Completas de Melanie Klein, publicadas pela Imago, como uma apresentação geral de cada texto para o leitor.

esquizoparanoide, o mundo estava idealmente separado em muito bom, em que a criança mantinha relações idílicas com o objeto, e muito mau, em que se localizava o terror e a perseguição. Nesse sentido, havia uma cisão; isto é, a criança nunca construía a união entre o objeto mau e o bom. Na posição depressiva, ela começa a viver uma ambivalência, pois algo da experiência do objeto mau pode ser aproximado à experiência com o objeto bom. Isso implica uma mudança na percepção da relação da criança com sua mãe e com o mundo ao seu redor. Na posição esquizoparanoide, ela estabelecia duas relações duais: uma com o objeto bom e outra com o objeto mau. À medida que elabora a posição depressiva, reconhece que os objetos são tanto bons quanto maus. Esse fato a leva a reconhecer que não está em uma relação dual com os objetos, com os quais entra em fusão, e começa, então, a perceber que os objetos têm uma existência separada dela, mantendo relações entre si, que a deixam de fora, excluída. Dessa forma, a criança se dá conta da relação entre o pai e a mãe, e é isso que “[...] prepara o terreno para o Complexo de Édipo” (SEGAL, 1975, p. 117).

Ainda sobre essa mudança de percepção de mundo, da posição esquizoparanoide para a posição depressiva, Britton (2003) considera que, até então, tudo o que estava separado, em um mundo idealmente bom - felicidade suprema - e um mundo idealmente mau - terror e perseguição – se transforma num único mundo: “[...] essas experiências contrastantes de enlevo e de horror provêm de uma única fonte” (BRITTON, 2003, p. 58). Portanto, toda bondade do seio ideal nutridor e amado também é parte do seio mau e odiado. O autor ainda compara a entrada na posição depressiva com o provar do “fruto da árvore do conhecimento”, pois o sujeito passa a conhecer o bem e o mal e, desse modo, não pode mais viver no paraíso do “Jardim do Éden”.

Klein (1940) sinaliza que o desmame é o momento em que começam a surgir os primeiros vislumbres da posição depressiva. Nele, a criança vivencia a separação do objeto como perda - sente como se tivesse perdido o seio, que representa bondade, segurança e amor; trata-se da perda de alguém com quem, até então, mantinha uma relação ideal. Logo, a fantasia de unicidade e continuidade com o objeto é quebrada pela separação do objeto que alimenta e dá vida. Portanto, a criança depara-se com uma nova realidade: quando a mãe se ausenta, o objeto concreto não está mais lá. Então, é necessário recriá-lo no mundo interno, enquanto aguarda o seu retorno, e é essa tarefa que vai ser realizada na posição depressiva.

O que está em jogo, no desmame, é a vivência do processo de luto, em que a criança precisa abrir mão de realizar-se idealmente no mundo material, separando a vontade imensa de conseguir alguma coisa – seio – da certeza de poder encontrá-lo, a todo momento e em qualquer circunstância. Assim, haverá uma separação entre a experiência psíquica e a presença real da

mãe. Britton (2003, p. 58-9) considera que Klein “[...] encarou isso como um processo de repetidamente antecipar algo e, em seguida, descobrir que esse algo está ausente. Considerava-o como um meio de abrir mão do objeto no mundo material e simultaneamente instalá-lo no mundo psíquico ou mundo interno”.

Klein (1940, p.388) afirma que a posição depressiva sinaliza a perda temida dos objetos bons e que essa vivência: “[...] é a fonte mais profunda dos dolorosos conflitos que ocorrem na situação edípica, assim como na relação da criança com as pessoas em geral”. As relações da criança, primeiro com a mãe, depois com o pai e com outras pessoas, são marcadas pelo processo de internalização dessas figuras, tal como foram vividas da posição depressiva. Elas passam a ser objetos internos, com vida própria, sendo que sua introjeção para o mundo interno esteve sob ação da fantasia. Como já foi mencionado anteriormente, trata-se das imagos que compõem o superego arcaico da criança, que podem ser idealmente boas ou más; e, com a vivência da posição depressiva e da situação edípica, vão se tornar mais reais, pois a posição depressiva realiza o luto das figuras ideais, aproximando-as e combinando-as.

Este aspecto me remete a Gabriel. Ele somente trazia para a sessão seu lado bom, e eu apenas tinha notícias de seu lado “terrível”, através das situações relatadas pelo pai e nas reuniões com a escola. Precisamos viver e reviver essa forma de relação dual e ideal, para que ele pudesse ir registrando, aos poucos, a relação com o bom objeto e guardando-o dentro de si, como uma reserva afetiva para os lutos vividos na posição depressiva.

É preciso salientar que a introjeção do bom objeto, no início da infância, e o seu estabelecimento no mundo interno são aspectos que constituem condição para se atravessar os primeiros processos de luto, que compõem a posição depressiva. Para que isso ocorra, no entanto, a internalização das imagos parentais precisa ter sido pacífica e harmoniosa. Isso significa que as boas experiências precisam prevalecer sobre as más.

O que parece estar em jogo, aqui, é a vivência das perdas dos objetos ideais, ou seja, com os quais se mantém uma relação dual. No curso do desenvolvimento saudável, esses objetos podem ser substituídos por relações que estão mais de acordo com a realidade dos objetos. Dessa forma, é preciso abrir mão da posse “permanente” dos objetos e do ideal que se tem, no sentido de manter uma relação de posse e exclusividade com um dos pais.

Importante considerar que a relação desejada, como exclusiva e incestuosa, com um dos pais, tem de ser abandonada, para que se possa usufruir de uma relação de amor terno e filial, deixando, assim, a posse erótica para o outro componente do casal parental. Ao conseguir abrir mão das fixações na relação incestuosa, a criança pode usufruir livremente do amor dos pais. Vale ressaltar, no entanto, que a vivência da fantasia edípica de relações duais e idílicas com

um deles pode ser acionada com o intuito de negar a constatação das relações sexuais do casal parental, relações das quais a criança - ou o sujeito - está excluída (BRITTON, 2003). Essa situação dá origem a sentimentos de amor e ódio, dirigidos para o mesmo objeto.

É preciso compreender que, na posição depressiva, experimenta-se amar e odiar o mesmo objeto; ou seja, sentir amor pelo objeto mãe, reconhecer que não se tem mais uma relação exclusiva com ela e, em função disso, sentir ódio, pelo fato de ela ter uma vida separada e se vincular a outros objetos, incluindo o pai. Tudo isso leva a criança a vivenciar sentimentos ambivalentes, com relação ao mesmo objeto, e a combinar diferentes sentimentos por ele. Quando essa experiência da vivência da fantasia edípica gerar muita angústia, a criança pode fugir disso, resgatando o universo dividido da posição esquizoparanoide, em que um dos pais é muito bom e o outro muito mau.

Assim, para se alcançar a integração, condição *sine qua non* da posição depressiva, a mãe, fonte de bondade e nutrição, precisa ser vista como a “[...] mesma pessoa que a mãe sexual – isto é, em primeiro lugar como parceira sexual do pai” (BRITTON, 2003, p. 60). A relação diádica é assassinada pela fantasia da relação triangular edípica.

Cintra e Figueiredo (2004, p. 92) consideram que “[...] em todo processo de luto há a aceitação de uma morte e algum tipo de renascimento. Morte, luto, renascimento: esse movimento cíclico é também a melhor metáfora de constituição do sujeito”. Penso então que, aqui, a morte se refere à perda das relações ideais, que marcam a posição esquizoparanoide, em que se deseja, profundamente, uma relação filial terna e absolutamente exclusiva. Por outro lado, na posição depressiva, trata-se do encontro com o objeto, que passa a ser construído, integrando os seus bons e maus aspectos. Com esse objeto, será preciso estabelecer uma nova forma de relação. A partir desse encontro, a criança conquista um lugar no grupo social, da linguagem simbólica “[...] toda uma série de possibilidades garantidas ao sujeito, inclusive, a realização do amor sexual que foi interdito com relação às figuras parentais” (CINTRA; FIGUEIREDO, 2004, p. 92).

É a passagem pela situação edípica e pela posição depressiva, marcada pela separação da relação dual e idílica com os pais ideais, que conduzirá a criança a um lugar autônomo no mundo. Isso ocorrerá, inclusive, ampliando suas relações de objetos, para outros que não compõem o ambiente familiar. Portanto, a passagem pela posição depressiva pode ser comparada à gestação, por conta do trabalho de criação e de transformação da realidade psíquica.

Retomo o paciente Gabriel, para comentar a comparação da passagem da posição depressiva com a gestação. Ele viveu na barriga analítica, para poder reconstruir o bom objeto

interno; para isso, precisou viver e reviver comigo a relação dual e ideal, já mencionada. Foi no último ano de análise que eu saí desse lugar idealmente bom e passei, num primeiro momento, a idealmente mau, quando tivemos uma discussão, por conta de uma decisão que eu havia tomado com a escola, sem incluí-lo. Nesse dia, sentindo-se frustrado, Gabriel mostrou sua raiva pela primeira vez, sem máscaras ou disfarces. Foi um momento ímpar do processo de análise - tivemos uma discussão e, no final da sessão, nada havia mudado entre nós. Eu estava lá e ele também, como sempre foi, mas ele compreendeu que nada havia mudado em nossa relação, quando retornou à sessão seguinte e lá me encontrou. Sua fantasia de que sua raiva iria destruir nossa relação não se confirmou. Penso que esse momento marcou uma mudança no seu psiquismo, levando a outras transformações.

A referida transformação foi tão intensa, que, inclusive, provocou mudança na identificação com as imagos parentais. Isso ocorreu, pois a aproximação com a realidade, geralmente, leva a criança ou o sujeito a ir entrando em contato com os pais reais e a se identificar com eles, nessa nova condição. Assim, o superego precoce tirano também sofrerá uma transformação, pela passagem da posição depressiva e situação edípica, no sentido de se tornar menos rígido e acusador, modificando-se para mais flexível, amigo e protetor, sem perder a sua firmeza, no estabelecimento de limites e interdições.

Atravessar os lutos da posição depressiva faz com que se aprofundem e se alterem as relações com os objetos no mundo interno. Antes da plena elaboração da posição depressiva, o início da entrada em contato com a experiência da perda é um momento de caos, de destruição e de despedaçamento dos objetos. Então, após um processo de elaboração dos lutos, há uma intensa alegria e sentimento de esperança.

[...] quando os objetos internos bons são recuperados e reinstalados no mundo interno, que parece renascer das cinzas. A reinstalação dos bons objetos internos – não apenas a pessoa que acabou de partir, mas todos os objetos bons desde a infância – produz um sentimento de renovação que está associado à recuperação da capacidade de amor, interessar-se e investir no mundo depois do longo tempo de hibernação do luto (CINTRA; FIGUEIREDO, 2004, p. 101).

Os autores comparam a passagem pela posição depressiva - e eu acrescento pela ¹⁴situação edípica – com a vivência de hibernação. Utilizando essa metáfora, penso que, tal qual os animais, o ser humano precisa ter uma reserva de alimento - afeto - para suportar esse período de hibernação. No nosso caso, esse alimento são os bons objetos internalizados, oriundos das relações de satisfação e prazer, que superaram as relações de frustração e desprazer. Assim, essas boas experiências funcionam como “reserva técnica”, para tempos de turbulências, catástrofes, perdas e sofrimento, vividos na travessia da posição depressiva.

Nesse sentido, ainda considero belíssima a passagem de Cintra e Figueiredo (2004, p. 101), quando afirmam que os processos de luto precisam ser reativados na análise, para se “perlaborar” as mágoas e os ressentimentos da infância, de tal forma que o paciente resgate as boas experiências.

Penso que a aproximação da realidade psíquica, tão fundamental para um desenvolvimento saudável, envolve, para Melanie Klein (1940; 1946), a experimentação de saída das relações idílicas, vividas com um dos pais. Trata-se de percebê-los como figuras que mantêm relação entre si, de aceitar a condição de exclusão dessa relação, de sentir ciúmes, de diferenciá-los e de estabelecer boas relações com cada um deles, assim como de se diferenciar dos pais e integrar o amor e o ódio. Em suma, estamos diante de abdicar do desejo de viver relações duais e ideais, confiando que, ao abrir mão dessa forma tão bem conhecida de relação, um novo mundo de possibilidades vai se abrir. Haja esperança!

Talvez o aspecto mais enriquecedor da contribuição de Klein para a compreensão da “dissolução do Complexo de Édipo” tenha sido aproximá-lo de um processo de luto e separação, aproveitando toda a reflexão psicanalítica já existente, desde 1915, a respeito do luto e da melancolia. Dessa forma, foi possível pensar uma travessia, de acordo com os processos mais saudáveis do luto, e os casos de travessia extraviada, que se aproximam da melancolia, da paranóia e da esquizofrenia.

Ao mesmo tempo, a estratégia de pensar sempre em “situações” e “posições”, que agrupam angústias e defesas, ofereceu a Klein um caminho mais flexível, que permitiu compreender as infinitas combinações e montagens que cada criança cria, para lidar com suas necessidades, demandas, desejos, defesas e angústias, em sua inserção no mundo familiar e em sua construção de um lugar no mundo.

¹⁴Mais adiante, trabalharemos elaboração da posição depressiva e o trabalho do “luto glorioso”, destacado por Balint no livro “Balint em sete lições” de Figueiredo, Tamburrino e Ribeiro (2012).

2.3 ALGUNS PRESSUPOSTOS SOBRE O COMPLEXO DE ÉDIPO EM WINNICOTT

Para localizar o Complexo de Édipo em Winnicott, é preciso compreender em que momento de sua “teoria do amadurecimento” o autor o situa, o que nos leva a percorrer, brevemente, sua compreensão do desenvolvimento psíquico do indivíduo.

Para Winnicott (1963a), no início da vida, o bebê vive um estado de não integração, momento em que há um indiferenciação entre ele e sua mãe. Trata-se do período de “dependência absoluta”, quando a mãe precisa compreender e atender às necessidades de seu filho¹⁵. Nesse período, a relação com a figura materna é tão absoluta que ele não tem consciência de que é ela quem o alimenta e promove seu conforto. Isso significa que, por estar amalgamado à sua mãe, o bebê não registra que suas necessidades físicas e egoicas são atendidas por ela.

Esse amálgama proporciona ao bebê “[...] a possibilidade de ter a ilusão de que o seio é uma parte dele. Ou seja, como se este tivesse sob seu controle mágico. O mesmo pode ser dito em termos dos cuidados em geral, nos momentos tranquilos entre as excitações” (WINNICOTT, 1951, p. 327). Destaco, ainda, outra passagem do texto de Winnicott (1951, p. 327), para ilustrar esse estado de ilusão:

[...] o seio é criado e recriado várias vezes pelo bebê a partir de seu amor (poderíamos dizer) de sua necessidade. Desenvolve-se então um fenômeno subjetivo dentro do bebê, que podemos chamar de ‘seio da mãe’. A mãe coloca o seio real justamente ali onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento certo!

Com o tempo, a mãe que levou o bebê ao estado de ilusão vai, no estado de “dependência relativa”, começar a falhar gradativamente, no atendimento às referidas necessidades do seu filho. Trata-se, aqui, do início do processo de desilusão; no entanto, para que isso aconteça, é preciso que ela “[...] tenha sido capaz de oferecer inicialmente a possibilidade de ilusão” (WINNICOTT, 1951, p. 327). Desse modo, é preciso que as mães promovam uma “desadaptação gradativa”, de acordo com as condições singulares de seu filho, no sentido de lidar com suas falhas (WINNICOTT, 1963a).

¹⁵Esse estado de compreender e atender a todas as necessidades do bebê é nomeado por Winnicott (1963a) de preocupação materna primária e se refere a um estado de adoecimento saudável da mãe.

Logo, “[...] *se tudo vai bem*, o bebê pode realmente ganhar algo com a experiência de frustração, pois a adaptação incompleta à necessidade torna os objetos reais, ou seja, tanto amados quanto odiados” (WINNICOTT, 1951, p. 326, grifos do autor). O autor reitera que esse processo acontece de maneira saudável, se a mãe pôde ficar no seu estado de devotamento e, gradativamente, emergiu dele de maneira espontânea, voltando sua atenção e desejo para seu trabalho, esposo ou vida social.

Sendo assim, a mãe tem duas tarefas importantes: a de “iludir e a de desiludir”¹⁶ seu bebê. A desilusão começa gradativamente depois do desmame e perdura pela vida afora, quando outros objetos passarão a frustrar a criança, como pais, professores, chefes, dentre outros.

Penso que vivi esse movimento de ilusão e desilusão, tanto com Gabriel, quanto com Bela. Foi preciso estar com eles de modo devotado, por um período de tempo, atendendo as suas solicitações e necessidades, assim como também foi preciso ir saindo desse lugar, gradativamente. Com Bela, esse movimento foi, realmente, mais sutil. Fomos saindo desse lugar aos poucos. Como já mencionado anteriormente, ela foi deixando de pedir minha autorização para tudo. De minha parte, eu também lhe dizia, por exemplo: que a sessão era dela e ela poderia decidir o que fazer com seu espaço.

Há três sentidos de realidade para Winnicott¹⁷. O primeiro, realidade subjetiva, é vivido na fase de dependência absoluta, quando a mãe faz manejos importantes, de modo a se colocar em um lugar em que possa ser encontrada pelo filho. Trata-se de um processo que “[...] dá ao bebê a ilusão de que aquilo que ele consegue e toma e encontra é aquilo que ele criou a partir de seus próprios sentimentos, de seu poder de alucinar. Isso, é claro, é uma questão de experiência viva” (SHEPHERD; JOHNS; ROBINSON, 1948, p. 52). O bebê sente fome e alucina alguma coisa que não sabe o que é, mas a mãe sabe que é bom o que ela tem a lhe oferecer. Assim, em seu gesto criador, a criança cria a mãe, quando ela já está lá para ser criada. Podemos dizer que, nesse gesto, a criança recria a mãe.

Com o tempo, no entanto, a mãe começa a falhar gradativamente, instaurando no bebê a sensação de separação e de que ambos não estão mais “amalgamados”. Nesse período, o bebê começa a vislumbrar objetos que são não-Eu e espaços vazios deixados pela ausência materna, que também se configuram como não-Eu. Então, busca preenchê-los, num primeiro momento, de elementos imaginativos. No curso do desenvolvimento, a criança tecerá, então, “[...] objetos

¹⁶Enquanto em Freud (1924;1925) e Klein (1946) falamos de idealização e desidealização com relação aos objetos, em Winnicott (1951) estamos diante de ilusão e desilusão.

¹⁷Cintra (2006), informação verbal.

outros-que-não-eu no interior do padrão pessoal. Em certa medida, tais objetos representam o seio” (WINNICOTT, 1951, p. 318).

Chamados pelo autor de transicionais, esses objetos são capazes de substituir simbolicamente o objeto mãe. Ao mesmo tempo, contudo, “[...] não ser o seio (ou a mãe) é tão importante quanto representar o seio (ou a mãe)” (WINNICOTT, 1951, p. 321). O autor salienta aqui que, quando o simbolismo passa a ser utilizado, o bebê já está em condições de distinguir mundo interno de externo, o que acontece no campo da fantasia do que é vivido como experiência, entre o que ele cria e o que ele percebe. O objeto transicional simboliza, justamente, essa travessia de um sentido de realidade, subjetivo, para outro, mais objetivo – realidade compartilhada -, a caminho da experimentação. Através de seu uso, reconhece diferenças, similaridades e substituições, tendo o objeto, portanto, significados variáveis.

Com o passar do tempo, e tendo cumprido sua função primordial, o objeto transicional será gradualmente desinvestido: “Ele perde o sentido, e isto porque os fenômenos transicionais tornam-se difusos, espalharam-se sobre todo o território intermediário entre a 'a realidade psíquica interna' e o 'mundo externo' conforme é percebido por duas pessoas que estão de acordo” (WINNICOTT, 1951, p. 321).

Cintra (2006) retoma o significado de passagem do objeto transicional, destacando que se trata da passagem pela separação da mãe; ou seja, significa a possibilidade de suportar a ansiedade de separação, usando esse objeto, que pode ser uma fraldinha ou um pedaço de cobertor. Assim, a criança vive a separação, mas se mantém ligada à mãe pelo uso do objeto transicional. Trata-se, pois, ao mesmo tempo, de transição e ligação, sem que as separações nem os intervalos entre elas sejam negados. Parece estar em jogo, aqui, a possibilidade de suportar a separação pela presença da ligação, via símbolo de união representado pelo “objeto transicional”.

Winnicott (1951, p. 329) destaca que “[...] se as coisas vão bem nesse processo de desilusão gradual, o palco está armado para as frustrações que costumamos agrupar sob o termo ‘desmame’”. É importante destacar porém, que, mesmo com essa possibilidade de uso do objeto transicional, o sentimento de que a mãe existe dura certo tempo. Se ela se ausenta e demora para voltar, mais tempo do que a capacidade do bebê de suportar essa situação, ele se angustia. Quando ela volta, no entanto, a harmonia retorna e ele pode começar de novo suas experimentações em relação aos objetos. Diferentemente, se a ausência materna for demasiada, muito além da capacidade singular do bebê de suportá-la, isso pode gerar um trauma, que o retorno da mãe não poderá mais reparar. Esse traumático se dá pela experiência do bebê da não “continuidade do ser”.

Então, na fase da dependência relativa, que começa próximo aos seis meses e dura até os dois anos de idade, aproximadamente, diante dessas ausências da mãe, o bebê passa a perceber, gradualmente, o quanto ela lhe é necessária. Quando isso acontece, surge a ansiedade, que é o primeiro sinal da percepção da criança da ausência materna. Isso marca o princípio da percepção do objeto como externo ao bebê.

Aqui, faço uma breve digressão. Quando a mãe, que era devotada ao seu bebê, começa a falhar, gradativamente, dirigindo-se a outros objetos, estamos diante de uma situação que envolve três – a mãe, o bebê e o que os separa, mesmo que por um curto período de tempo. Nesse momento do desenvolvimento psíquico do bebê, embora Winnicott (1963a) não faça referência ao Édipo, há, de fato, uma situação triangular, a presença de um terceiro na relação, o que me remete ao Édipo arcaico kleiniano.

Voltemos a Winnicott. A percepção do objeto como externo pode, num desenvolvimento saudável, provocar a desilusão do bebê e, então, aparecer a frustração. Logo, esse objeto poderá ser atacado. Assim, ao mesmo tempo em que o bebê vai experimentar se satisfazer com o objeto, também lhe dirige seu ódio, ainda que busque manter a imagem de um objeto bom, para comparar ao objeto atacado. Algo fundamental para Winnicott (1963b, p. 71) diz respeito à destrutividade presente neste momento: “[...] o impulso agressivo-destrutivo global pertence a um tipo primitivo de relação objetal, em que amar envolve destruição”. Para o bebê, existem então duas mães: a mãe-objeto, usada de modo impiedoso para satisfação imediata dos instintos prementes e, ao mesmo tempo, a mãe-ambiente, que é usada de modo mais ameno, funcionando com o intuito de evitar os imprevistos, sendo provedora, de modo geral. De qualquer forma, a destrutividade, aqui, é necessária e saudável.

Cabe à figura materna, como mãe-ambiente, em condições favoráveis à maturação emocional, permanecer não somente viva, mas também disponível; ou seja, ela não pode estar preocupada com nada além de seu bebê, devendo, ainda, sobreviver aos ataques que lhe são dirigidos, não modificando sua relação empática para com seu filho. “A mãe-objeto tem que demonstrar que sobrevive aos episódios dirigidos pelo instinto, que agora adquirem a potência máxima de fantasias de sadismo oral e outros resultados da fusão” (WINNICOTT, 1963b, p. 73). Estamos diante da fantasia ambivalente, que poderá ser solucionada em condições favoráveis:

O lactante sente ansiedade, porque se ele consumir a mãe ele a perderá, mas esta ansiedade se torna modificada pelo fato de o bebê ter uma contribuição a fazer à mãe-ambiente. Há uma confiança crescente de que haverá oportunidade para contribuir, para dar à mãe-ambiente uma confiança que torna o lactante capaz de tolerar a ansiedade. A ansiedade tolerada deste modo se torna alterada em sua qualidade e se torna sentimento de culpa (WINNICOTT, 1963b, p. 73).

Ao se oferecer com solidez na relação com o bebê, a mãe-ambiente o ajuda a reter e a mitigar o sentimento de culpa, por um tempo, de modo que ele possa viver sua vida instintiva e, também, fazer reparações¹⁸. A confiança nesse “ciclo benigno” é que resulta na preocupação. Winnicott (1963b, p. 70) afirma que: “A palavra ‘preocupação’¹⁹ é empregada para expressar, de modo positivo, um fenômeno que, em seu aspecto negativo, é expresso pela palavra culpa”.

É preciso considerar que a capacidade de se “preocupar” e de se sentir responsável pelo outro requer o amadurecimento do ego e um estado de maior integração, para que ocorra, então, a transformação do sentimento de culpa em capacidade de preocupação. Para isso, o ambiente precisa funcionar como “meio facilitador”. Winnicott (1954b) destaca que a natureza humana se fia na necessidade de relacionar-se, de modo integrado, e ir construindo relações com o tempo e o espaço, de modo subjetivo e objetivo com o mundo.

A origem da capacidade de “preocupação” faz parte do desenvolvimento da relação entre a mãe e o bebê, um relacionamento entre duas pessoas, no qual se tem a expectativa de que a mãe passe a ser percebida, pelo bebê, como pessoa completa, de quem ele necessita e que existe separada dele. O bebê pode, ocasionalmente, nesse estágio “[...] ser capaz de acreditar nos pais se unindo e realizando o ato que levou à sua própria concepção” (WINNICOTT, 1963b, p. 86). Apesar desse primórdio de triangulação, esse é um momento anterior ao Complexo de Édipo clássico, que acontecerá mais tarde, com a plena percepção de três pessoas (WINNICOTT, 1963b).

Esse processo envolve a capacidade de crescimento e de responsabilidade do ego e depende de um “ambiente suficientemente bom”. Quando o ego amadurece nesse sentido, pode-se dizer que se vivencia uma conquista, passível de ser vista de duas formas: tanto por parte do mundo interno da criança, como por parte de quem cuida dela. No que tange à criança, ela vai adquirindo a noção de que é uma unidade e que existe um mundo interno e um mundo externo.

¹⁸Quando estas não são possíveis, a culpa aparece como tristeza ou estado deprimido.

¹⁹Gostaria de registrar que Dias (2003) faz uma “tradução” do termo “*concern*” – capacidade de se preocupar com o outro - para “concernimento”. Ele nos avisa que foi um neologismo criado com exclusividade para designar o termo winnicottiano e que espera que o uso de seu termo adquira o mesmo sentido que o original.

Aos poucos, vai entendendo que [...] há uma pessoa vivendo dentro de um corpo, e mais ou menos limitada pela pele, “[...] na fantasia a realidade pessoal psíquica está localizada no interior” (WINNICOTT, 1963b, p. 86). Há um intercâmbio entre as realidades interna e externa, sendo que uma alimenta e enriquece a outra.

Todo esse processo prepara o terreno para que a criança vá adquirindo capacidades e habilidades, no sentido de se deparar com um mundo e sua complexidade. Então, ela pode não só povoá-lo, com suas próprias criações, mas também se identificar com ele, a partir de seu próprio mundo interno e a partir das experiências que o povoam. Com sua crescente capacidade de socialização, a criança alcança e se dirige, genuinamente, “rumo à independência”. É esperado, no entanto, que possa recuar nesse desenvolvimento. Os pais continuam a ser imprescindíveis, no sentido de estarem atentos e de acompanharem seus filhos, nesse processo contínuo de amadurecimento. Winnicott (1963b) menciona que esse período da independência se localiza no período pré-escolar e na puberdade; entretanto, ele perdura em constante transformação por toda a vida.

Nesta mesma ótica da constante transformação do ser humano, Hammoud (2011) faz uma analogia com Guimarães Rosa, em “Grandes Sertão: Veredas” quando o autor apresenta a seguinte passagem: “O senhor mire veja, o mais importante do mundo é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando” (ROSA, 1965, p. 20).

Assim, as pessoas “vão sempre sendo” (HAMMOUD, 2011, p. 38). Estamos diante de um ser em constante constituição. A obra “ser humano” está sempre para ser terminada e vai precisar do ambiente para isso, no sentido de que ele responda às necessidades do indivíduo, para que ele continue existindo, de modo que lhe faça sentido e produza uma experiência significativa, ou seja, que valha a pena viver!

Retomando o Complexo de Édipo, ele acontecerá depois de a criança ter experimentado a integração do seu “eu”, depois de ter estabelecido relações com objetos totais, estar bem alojada em seu próprio corpo e ter estabelecido relações de objeto (WINNICOTT, 1961). Assim, por ter passado por essas experiências que constituem um “tripé”, “[...] a criança será capaz de brincar e sonhar e, a partir daí, elaborar seus conflitos” (HAMMOUD, 2011, p. 40). Toda essa vivência constituirá um “solo seguro”, e como consequência:

[...] todos os conflitos desse momento edípico relacionam-se com o conflito básico de todo ser humano: a possibilidade de primeiro ser, continuar existindo de forma que seja possível reconhecer em si mesmo e no outro, pessoas totais, bem alojadas em seus próprios corpos, atuando no mundo de forma implicada, a partir da possibilidade de relacionar-se com a realidade externa, sem perder demasiadamente sua espontaneidade (HAMMOUD, 2011, p. 40).

Ainda segundo Hammoud (2011), para que isso aconteça, a criança precisa dispor de “colos” que começam pelo da mãe, passam pelo pai, pelos pais enquanto casal e são dirigidos para família, escola, enfim, para a sociedade. Estamos, nesse momento, entre dois e cinco anos de idade, em que, como já foi dito acima, a criança já é uma unidade e pode ver todos que estão ao seu redor.

No momento da relação triangular, “[...] a criança é apanhada de surpresa pelo instinto e pelo amor. Esse amor envolve mudanças no corpo e na fantasia, e é violento. Um amor que leva ao ódio. A criança odeia a terceira pessoa” (WINNICOTT, 1954c, p. 72). Como essa criança já foi um bebê e experimentou o sentimento ambivalente de amar e odiar, agora ela experiencia uma diferença com relação à ambivalência inicial. O ódio pode aparecer com liberdade, pois o objeto odiado pode se defender e, acima de tudo, já é amado.

Assim, Winnicott (1954c) toma o Complexo de Édipo freudiano, para dizer que, no menino²⁰, o amor é dirigido à mãe e o ódio, ao pai. E esse pai será aquele que sobreviverá ao ataque de ódio do filho, castigando-o, ou melhor, ameaçando-o com a castração e, ainda, perdendo-o. Um menino saudável, que teve os “colos”, como mencionamos anteriormente, conseguirá um acordo com o pai, ao construir um ideal em seu mundo interno, a partir da experiência real que teve com ele, que ocorre a partir de identificação com a figura paterna.

De acordo com Winnicott (1954c), nesse período, a criança tem experiências sexuais genitais que não podem se realizar, efetivamente, como no período de latência. Assim, o que ela pode fazer é:

[...] extrair o máximo de proveito da identificação com os pais e outros adultos, e deve utilizar as possibilidades de experimentação no decorrer dos sonhos e das brincadeiras, das fantasias com ou sem inclusão do corpo e dos prazeres corporais obtidos sem a ajuda de outras pessoas (WINNICOTT, 1954c, p. 75).

²⁰Winnicott (1954c) recorre ao Complexo de Édipo no menino de Freud (1923) e considera que, na menina, a resolução se dá do mesmo modo, salvaguardando a diferença dos objetos de amor e ódio.

Isso significa que a criança deve fazer uso das experiências de prazer pré-genitais e genitais, ainda imaturas, que estiverem a seu alcance, até que, na latência, possa vivenciar as referidas experiências genitais plenamente.

Há, no entanto, outras questões que estão relacionadas a esse “acordo” que o menino faz com o pai - ele acaba “negando” seu desejo pela mãe e direcionando esse amor para uma figura que a substitua, alguém que não esteja tão envolvido com seu pai. Além disso, por temor à castração, ele se identifica com o pai e o internaliza. Assim, sua potência sexual não é mais dele e, sim, uma nova configuração da potência do pai. Isso configura o “pacto homossexual” entre eles. Estamos diante de um momento em que: “Por identificação com o pai ou com a figura paterna, o menino obtém uma potência por procuração e uma potência adiada, mas própria, que poderá ser recuperada na puberdade” (WINNICOTT, 1954c, p. 73).

Todo esse movimento acerca do Édipo do menino é inconsciente, somente podendo ser acessado através de sonhos e fantasias. Winnicott (1961) recorre a um exemplo, para ilustrar a relação entre sonho, fantasia e realidade: a criança nota a presença do pai, no café da manhã. Essa presença lhe dá segurança, para, então, sonhar que ele foi atropelado. Um sonho assim é possível, desde que a presença do pai esteja garantida e, então, o ódio seja vivido em fantasia. Caso contrário, será muito assustador e poderá gerar culpa, deixando a criança entristecida. Quando, entretanto, a tensão é forte demais, provocando “colapso” nas defesas, a ansiedade surge e se manifesta nos pesadelos, mesmo nos ambientes mais favoráveis ao desenvolvimento. Essas ansiedades são esperadas e fazem parte da história de vida da criança, sinalizando que ela está viva!

Como já foi mencionado anteriormente, frente a ansiedades fortes demais, a criança pode regredir e perder a característica genital da sua relação com o objeto e, até mesmo, parte de sua própria integração e relação com objetos totais. Além disso, fazer uso de mecanismos de defesa para preservar o psiquismo das mais diversas maneiras da ansiedade edípica avassaladora. Aqui, estamos diante da psicose.

Para finalizar, é importante destacar que, diferentemente de Freud e Klein, Winnicott não enfatiza o complexo de Édipo. Na visão de Loparic (1996), isso ocorre porque, para o pediatra e o psicanalista, a psicanálise não se desenvolve ao redor da situação edípica. Na verdade, Winnicott dedicou-se a pacientes que vivenciam as “angústias ou agonias impensáveis”, que ameaçam o existir humano e acontecem antes da existência de um psiquismo capaz de pensá-las. Essas são experiências que “[...] não podem, em princípio, ser entendidas, *pensadas*, em termos do conflito gerado na situação edípica” (LOPARIC, 1996, p. 45, grifo do autor).

De toda a forma, é preciso enfatizar a importância, no estágio do complexo edipiano, de que a criança continue tendo à sua disposição um ambiente alicerçado num “lar”, que lhe garanta a liberdade de brincar e sonhar.

3 ACERCA DA COMPREENSÃO DO RENASCIMENTO PSÍQUICO

A intenção de todos os esforços humanos é estabelecer – ou, provavelmente, restabelecer – uma harmonia envolvente com o entorno, para poder amar em paz. (BALINT, 1968b, p. 80)

Amar em paz, viver de modo apaziguado consigo mesmo e com o outro é uma conquista que entendo ser possível a partir do renascimento psíquico, vivido no processo de análise. Trata-se de uma metáfora, que aqui utilizo com o intuito de falar acerca desta conquista preciosa, que é ter condições internas de viver a vida de modo mais apaziguado. Isso é possível em decorrência da capacidade de fazer melhores negociações, a partir dos recursos internos provenientes dos bons objetos, introjetados em segurança, o que, para Klein (1935; 1940), relaciona-se ao atravessamento da posição depressiva, ou, na perspectiva de Winnicott (1963a), à conquista da dependência relativa ou independência.

Nesta perspectiva, renascer significa reviver ou restaurar os recursos internos, de quem já nasceu psiquicamente e, no curso de uma análise, consegue recuperar as condições de viver neste mundo turbulento. Para isso, muitas vezes, é preciso regredir, em análise, a estágios anteriores do desenvolvimento psíquico. Como já foi mencionado na introdução, os pacientes que suscitaram este estudo sofreram algumas falhas na função parental, o que deixou marcas em seu desenvolvimento, as quais vinham lhes trazendo dificuldades de diversas ordens, em função de terem, por assim dizer, adormecido os recursos internos para encararem a vida.

Recorro a um exemplo clínico de Klein (1946), para ilustrar o que penso ter ocorrido, de alguma maneira, também com os dois casos em questão desta tese. Klein (1946) atendeu um paciente com traços depressivos e esquizoides e, no decorrer do processo de análise, recuperou com seu paciente as vivências mais primitivas dele. Ele fora desmamado abruptamente, em função do adoecimento da mãe. Até esse momento, era uma criança vivaz e interagiu com o ambiente. Ficou afastado dela por quatro semanas e, quando ela retornou, ele já não era mais a mesma criança. Havia se tornado um garoto apático, e seu desenvolvimento físico e emocional embotara: “A análise esclareceu bastante a influência que essas experiências tiveram sobre seu desenvolvimento geral. Seus pontos de vista e atitudes na vida adulta eram baseados nos padrões estabelecidos nesse estágio inicial” (KLEIN, 1946, p. 34).

A interrupção abrupta deixou suas marcas no desenvolvimento posterior. Klein (1946) salienta, no entanto, que esse paciente havia estabelecido uma relação com um objeto bom, de maneira total, bem como alcançado a posição depressiva; porém, algo em seu desenvolvimento o marcou de tal modo que a elaboração dessa posição não se concretizou. Penso que o mesmo ocorreu com os dois casos que analiso neste estudo. Bela parece ter perdido sua relação com a mãe, como figura cuidadora, quando o adoecimento psíquico dela tomou o primeiro plano. Já Gabriel perdeu sua mãe precocemente, e essa perda real e cabal veio a bloquear a elaboração da posição depressiva. Reitero, porém, que, em ambos os casos, houve uma experiência com o bom objeto.

Assim como Klein (1946), notei nos meus dois pacientes uma necessidade de amar, saudade desse objeto bom e inteiro, que outrora possuíram e perderam. Penso, então, que o renascimento psíquico, que pode ocorrer através do processo análise e de uma relação com o objeto analista, possibilita recuperar e reconstruir essa relação primordial. Para tanto, penso ser necessário retornar até esse ponto do desenvolvimento, através de um processo regressivo.

De modo a explicar o processo de regressão, utilizo a ideia de três tempos relativos ao nascimento psíquico. No primeiro, a experiência é a da mônada da vida intrauterina, em que não há separação entre a mãe e o bebê. No segundo, a vida é extrauterina, embora quem olhe de fora perceba uma mãe e seu bebê, do ponto de vista deste, não existe diferenciação entre ambos. E, por fim, no terceiro tempo, temos a relação entre presença e ausência, em que a triangulação se faz presente. Regredir pode, então, ser algo compreendido como retornar ao segundo estágio das relações duais e pré-edípicas, para restaurar as condições internas, no sentido de conquistar segurança e apoio para suportar a triangulação e a diferenciação, características das relações edípicas. Desse modo, é possível sentir-se mais real na relação com o outro e se relacionar com ele de modo integral²¹.

Para discorrer sobre esse processo do renascer psíquico, considerando a regressão, recorro ao conceito de “regressão à falha básica”, de Balint (1968), e a Van Sweden (1994), que aborda a “regressão à dependência”, a partir da leitura de Klein, Balint e Winnicott, bem como apresenta os instrumentos analíticos facilitadores desse processo.

²¹Kohut (1988) e Anne Alvarez (1994) discorrem sobre a restauração do *self*.

3.1 AS CICATRIZES DEIXADAS NO PEQUENO “EU” EM FORMAÇÃO

As primeiras relações estabelecidas entre o bebê e sua mãe são essenciais para uma constituição psíquica saudável. Ressalto, no entanto, que nem todo começo de vida é um “mar de rosas”, no sentido do ajuste perfeito da mãe às necessidades do seu filho. E justamente quando esses ajustes não são tão harmônicos, os traumas acontecem, deixando suas marcas na constituição psíquica do ser humano.

Cintra (2017), em seu curso “Regressão à Dependência em Ferenczi, Klein, Balint e Winnicott”, faz uso do livro de Van Sweden (1994), “Regressão à dependência: segunda oportunidade para integração do ego e progresso do desenvolvimento” e nos brinda com a seguinte passagem do texto do autor:

Acredito que através da experiência de regressão à dependência, processos psíquicos anteriormente inacessíveis podem tornar-se disponíveis para a organização do ego. [...] a regressão providencia aos pacientes uma nova oportunidade para integração e desenvolvimento que antes não tinha sido possível²² (SWEDEN, 1994, p. 33).

A ideia defendida nesta tese é de que há necessidade, pois, de o paciente regredir ao ponto do traumático, para, então, revivê-lo, elaborá-lo e prosseguir em termos do renascimento psíquico.

3.1.1 Regressão à “falha básica”

Balint (1968) enfatiza o aspecto interpessoal da terapia analítica, destacando que se fundamenta na relação objetal e nas interpretações. O que me chama atenção, em seu texto, é quando afirma que essa relação objetal íntima, entre paciente e analista, tem ‘poder

²²Tradução de Cintra (2017), do original *Regression to dependence*. Na disciplina intitulada Regressão à dependência em Klein, Balint e Winnicott. Aula de 26 de abril de 2017. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

cicatrizante'. Sua afirmação vai ao encontro do que defendo nesta tese, que é o renascimento psíquico, através do processo de análise. Entendo que o renascer tem poder cicatrizante.

Antes de chegarmos ao que defendo na tese, é preciso mencionar como o autor compreende o desenvolvimento humano. Para ele, existem três períodos: o primeiro, que denomina “mistura interpenetrante e harmoniosa”, é um estado de mistura e indiferenciação com o entorno, observada no período gestacional, quando mãe e feto estão totalmente misturados e “[...] não existem objetos, apenas substâncias ou expansões sem limites” (BALINT, 1968b, p. 81). Inclusive, ele ilustra esse estado de indiferenciação com nossa relação com o ar. Lembra que não sabemos diferenciar se o ar que está em nossos pulmões, faz parte de nós mesmos ou não; só nos damos conta de nossa relação com ele, se houver interferência. O mesmo acontece com a criança pequena - ela só percebe o objeto, quando ele falha ou falta. Por isso, para o autor, o nascimento é um trauma, pois ele marca a separação do entorno.

Os objetos e o ego “[...] começam a emergir da mistura de substâncias e da ruptura da harmonia das expansões sem limites” (BALINT, 1968b, p. 82). Os objetos têm limites e contornos claros que precisam ser respeitados. “A libido não mais será um fluxo homogêneo, que vai do id para o entorno; sob influência dos objetos emergentes, surgem concentrações e rarefações em seu fluxo” (p. 82). Quando os objetos começam a aparecer, estamos no segundo período de desenvolvimento, aquele dos objetos primários.

A mãe precisa se colocar como um objeto que atenda às necessidades da criança, criando uma atmosfera adequada, que favoreça o estabelecimento de uma relação de confiança. De acordo com Figueiredo, Tamburrino e Ribeiro (2012b, p. 54), quando Balint (1968b,c) fala de “atmosfera adequada”, ele “[...] está, na prática, criando o conceito de ‘ambiente facilitador’”. Assim, a confiança da criança está, não só nos objetos, mas no ambiente

A criança, por sua vez, tem uma relação passiva com os seus objetos primários; assim, ela não ama a mãe e, sim, é amada por ela. Além disso, precisa ser compreendida acolhida e atendida em suas necessidades. Nesse amor primário exigente, há o prazer de ordenar, sem oferecer nada em troca, como há “[...] o prazer de pedir e exigir incondicionalmente, o de atacar sem medo ou susto, quanto o prazer complementar de tudo oferecer e deixar-se atacar e exigir” (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012d, p. 110).

Assim, uma pessoa adoece, quando os objetos primários não atenderam suas necessidades, por não as ter compreendido, não gratificando, quando necessário. O adoecimento ocorre também, quando o referido objeto impôs gratificações desnecessárias, situação a qual a criança teve de se adaptar.

Quando a relação com os objetos não estiver satisfatória ou o indivíduo não suportar as dores e as decepções, em relação a eles, haverá a tentativa de recuperar a harmoniosa unicidade, vivida com o entorno no estágio anterior, levando a libido de volta ao ego. Por fim, há o terceiro período, que Balint (1968c) chama de edípico, em que as relações são triangulares.

Balint (1968d) convida a pensar em duas grandes fases do desenvolvimento. A primeira, pré-verbal, pré-edípica ou pré-genital, contempla as relações do primeiro e segundo períodos. A segunda, a verbal, edípica ou genital, envolve o terceiro período do desenvolvimento, descrito acima.

No período anterior ao edípico, acontecem as relações bipessoais. Então, há o terreno para a “área da falha básica”. Nela, a estrutura de conflito não acontece da mesma forma como se dá no nível edípico.

Interessante pensar como Balint (1968e) construiu o conceito de falha básica. Para a palavra “falha”, ele tomou emprestado o conceito de geologia e da cristalografia. Trata-se de uma falha, uma irregularidade na estrutura total, que poderia passar despercebida, em circunstâncias normais. Diante de pressões ou forças, no entanto, pode provocar uma ruptura, comprometendo a estrutura total. Já o adjetivo “básica” significa que a conflitiva edípica tem influência na estrutura psíquica do indivíduo, atingindo, em diferentes graus, mente e corpo, sendo que sua origem:

[...] pode ser identificada com uma considerável discrepância nas fases formativas mais precoces do indivíduo, entre suas necessidades biopsicológicas e o cuidado material e psicológico, e a afeição disponível em momentos relevantes. Isso cria um estado de deficiência cujas consequências e efeitos posteriores parecem ser apenas parcialmente reversíveis. A causa de tal discrepância pode ser congênita, isto é, grandes necessidades biopsicológicas infantis [...] ou ambientais como um cuidado insuficiente, deficiente, aleatório, excessivamente angustiada, superprotetor, severo, rígido, muito inconsistente, inoportuno, superestimulante ou apenas sem compreensão ou indiferente (BALINT, 1968e, p. 45-6).

É preciso salientar que a ênfase da “falha básica” está na relação da criança (sujeito) com o ambiente (objeto). Como já mencionado anteriormente, é uma área da relação bipessoal em que as necessidades e os desejos das crianças precisam ser levados em conta e atendidos. O objeto é importante, pois ele vai atender ou frustrar essas necessidades.

Vale lembrar que Bela e Gabriel sofreram falhas nas relações com os objetos cuidadores. A mãe de Bela adoecera psiquicamente, e seu pai precisou se afastar da família, como uma saída para a sanidade – mantendo-se são, poderia cuidar de sua filha. Já Gabriel perdeu sua mãe, em função de uma doença física, e seu pai adoecera psiquicamente diante da perda. Assim, ele ficou sob os cuidados da tia e avó materna, que também viviam um luto e o viam como “coitadinho”. O que penso estar em questão aqui é o quanto esses ambientes falharam, ao atender às necessidades de ambos os pacientes - com Gabriel, a falha foi mais precoce do que com Bela, já que ele perdeu suas figuras cuidadoras aos três anos de idade.

Retomando as falhas do ambiente, ao atender às necessidades do sujeito, Balint (1968b) estabelece duas formas de funcionamento psíquico, para pacientes que tiveram problemas na área da “falha básica”: *ocnofilia* e *filobatismo*. É preciso mencionar, no entanto, que ambas as características estão, em menor intensidade, presentes em todos nós (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012d).

A característica do paciente *filobático* é que ele tem prazer na ausência do objeto, ou seja, no desligamento dele. “No mundo filobático as expansões sem objeto retêm o investimento primário original e são consideradas seguras e amistosas, ao passo que os objetos são percebidos como perigosos e traiçoeiros” (BALINT, 1968b, p. 82). Já o *ocnofílico* somente tem prazer se estiver ligado ao objeto. O indivíduo procura juntar-se ao objeto emergente, que é visto como fonte de segurança e tranquilidade. Sua ausência é sentida como terrível ameaça. Assim, o desligamento do objeto é condição de vida para o *filobático* e, para o *ocnofílico*, é fonte de ansiedade insustentável.

Parecem ser então dois polos opostos de funcionamento: ligação e desligamento. Um modo de vida saudável, no entanto, seria desligar do objeto seguro - lançar-se ao novo – e ter confiança e segurança de ter para onde voltar ou, mesmo, suportar os períodos de ausência desse objeto. Quem não descola do objeto – fonte de segurança - não é capaz de obter prazer.

A esse respeito, Figueiredo, Tamburrino e Ribeiro (2012d, p. 115) enfatizam:

Embora Balint não o diga, na *ocnofilia* trata-se de prazer por segurança e, no limite, o *ocnofílico* viveria aquém do princípio de prazer: para ele, a tarefa de ligação nunca está suficientemente resolvida e o que para o *filobata* é condição de vida e prazer; para o *ocnofílico* está além do suportável em termos de ansiedade.

Os autores acima mencionados, em seu livro “Balint em sete lições”, ressaltam que, entre sair do lugar seguro – mãe segura – e recuperar esse lugar, há a vivência de *thrills*. Balint

(1959) escreve “*Thrills and regressions*”, em que descreve que *Thrills* seriam arrepios de medo, de excitação e prazer. Assim, haveria medo, excitação e esperança, no percurso de deixar a mãe como objeto seguro e esperar o momento de reencontrá-la. Será que ela será encontrada? Esse é um futuro incerto, não é? A ênfase recai, justamente, sobre o prazer que se coloca entre o medo de não encontrar o objeto e a esperança desse encontro. A sensação é de frio na barriga!

É preciso mencionar que a sensação de prazer se dá na relação de segurança e, também, na vivência de separação e reencontro. Figueiredo, Tamburrino e Ribeiro (2012d) mencionam, no entanto, que o prazer se dá, de fato, na separação e reencontro. Isso se verifica, porque algumas pessoas somente se sentem à vontade, quando estão colados ao objeto de segurança, enquanto outras gostam mesmo é de aventura – busca de “frio na barriga”, *thrills*. Nesse sentido,

[...] pode haver ‘satisfação’ nos dois casos, embora o termo ‘prazer’ só faça pleno sentido no segundo caso. *To be at ease* não é o mesmo que *to enjoy*. *To enjoy* é precisamente *to get a pleasure*. *To be at ease* é estar confortavelmente e sem dificuldade em dada situação, mas alguém que só possa estar *at ease*, agarrado aos objetos de segurança, não pode se dar ao luxo do prazer (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012d, p. 115).

O modo de funcionamento *ocnofílico* parece ser o mais primitivo. O bebê agarra-se a sua mãe ou a algo que a represente, como ocorre no caso de objetos transicionais de Winnicott (1951). São relações de objeto parciais, em que amor e ódio convivem, pois o objeto de segurança também é de ameaça, em função, do risco de perdê-lo. Recordo-me da orientação do pediatra do meu filho, que me disse para sempre deixar alguma coisa que ele pudesse segurar, quando estivesse no berço ou no carrinho. O analista precisa se permitir ser agarrado por seu paciente, de modo que este se sinta seguro e sustentado nesse “abraço apertado” da análise, para poder ganhar confiança nessa presença segura e ir, aos poucos, se lançando para a separação, confiando no reencontro.

Retornando à relação ambivalente com o objeto primário, nela não se vive prazer, pois a ameaça de se perder o porto seguro é constante. Logo, o indivíduo passa de um objeto a outro, em busca de segurança, evitando conviver com o vazio. É possível observar os funcionamentos opostos: por um lado, o apego profundo e próximo ao familiar; e por outro, um lançar-se à vastidão do mundo de modo desesperado, mantendo distância segura dos objetos. Enquanto o *filobata* está no espaço, ele está bem e sem conflitos. A questão é na aterrissagem. Ele precisa retornar, mas, como não se angustiar com as colisões pelo caminho? Então, tenta controlar as

colisões com objetos perigosos, e isso pode se tornar tão forte e necessário, que o prazer pelo voar livremente se perde, em função do medo dos objetos e da necessidade de controle.

O *filobatismo* está associado à posição ereta, como se pudéssemos dizer que o indivíduo alcança a si mesmo, como separado dos objetos. Penso que estamos diante da elaboração da posição depressiva, em que o sujeito se percebe separado do objeto – das relações duais do “abraço apertado” da análise – e, então, precisa dar conta do luto dessas relações ideais para passar a desfrutar do mundo e dos objetos em situações reais. Assim, passamos de um funcionamento pré-genital para um funcionamento genital, já que, quando se fala em posição depressiva, para Klein (1935; 1940; 1945), estamos falando do complexo de Édipo.

No amor primário, há uma

[...] entrega confiante, a exigência absoluta e, eventualmente, a agressividade voraz e sem limites diante do objeto primário - o que não corresponde nem à *ocnofilia* e nem ao *filobatismo*, pois em ambos a separação entre indivíduo e seus objetos já foi instalada, o que gera estas duas atitudes: agarrar-se ou desapegar-se (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012d, p. 120).

As duas formas de relação de objeto – *ocnofilia* e *filobatismo* – são formas muito primitivas de relações de objeto, derivadas do amor primário, mas não são consideradas atitudes opostas, pois podem conviver e oscilar. Elas estão sempre presentes e uma pode predominar sobre a outra. E, ainda, uma pode aparecer como defesa para outra. Por exemplo: na vivência *ocnofílica*, ocorre um impasse, pois o objeto é, ao mesmo tempo, fonte de segurança, ao qual se quer agarrar, e fonte de medo, pelo risco extremo de perdê-lo. Então, se vive uma procura desesperada e a qualquer preço por amor e segurança. Assim, uma atitude *filobática* – temor dos objetos e amor ao vazio - pode surgir para reprimir ou encobrir uma atitude *ocnofílica*, no sentido de compensar, repudiando o objeto, o excesso de *ocnofilia* (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012e).

No desenvolvimento psíquico saudável, “[...] as duas atitudes se articulam dialeticamente e a ambivalência com relação aos objetos se faz presente. Caso contrário, uma delas se afirma de modo unilateral: o medo pânico do vazio no *ocnofílico* e o medo pânico do contato no *filobático*” (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012d, p. 122). Estamos diante da “área da falha básica”.

Na relação analítica, o paciente que vive a “falha básica” relata a existência de uma falha dentro de si que precisa ser corrigida. Essa falha é proveniente de alguém que não cuidou dele.

O paciente sente angústia muito forte, que se expressa como uma necessidade desesperada de cuidado, por parte do analista. O analista, por sua vez, não pode falhar (BALINT, 1968e).

Como nós, analistas, percebemos que estamos na 'área da falha básica' com nossos pacientes? Obviamente, trata-se de algo que varia de um para outro, podendo acontecer desde o início do tratamento ou por um período muito curto. Observamos, então, modificações na atmosfera analítica - as interpretações passam a ser sentidas como agressões, insultos, injustiça e desconsideração; no entanto, o oposto também pode acontecer, e elas serem sentidas como confortáveis, acolhedoras, significando afeto e amor. Assim, qualquer movimento do analista pode ser hipervalorizado para o bem ou para o mal.

A sensação do analista é de que está sendo visto por dentro, pelo paciente. E, então, ele “[...]sente o fenômeno como se o paciente pudesse vê-lo por dentro, retirando daí coisas a seu respeito” (BALINT, 1968e, p. 43). Há uma contradição nas sensações de paciente e analista. Para o paciente, o que ele encontra “[...] é absolutamente correto e verdadeiro e, ao mesmo tempo, totalmente desproporcionado e, por isso, falso - pelo menos é assim que o analista o sente” (BALINT, 1968e, p. 43).

O analista precisa estar muito atento, para responder de acordo com o que o paciente espera. Caso não o faça, o que surgirá é um sentimento de vazio, por parte do paciente, uma sensação de perda e uma aceitação, aparentemente, sem vida, de tudo o que lhe é oferecido - diferentemente de um paciente edípico, que poderá expressar transferencialmente raiva, descontentamento, crítica ou até mesmo contentamento. Além disso, os pacientes de falha básica podem sentir que as interpretações do analista lhes foram intencionalmente direcionadas, o que instiga sua persecutoriedade. Assim, os pacientes com essas características:

Não conseguem aceitar que haja qualquer outra causa para a frustração de seus desejos a não ser a malícia, a má intenção ou pelo menos uma negligência criminosa. As coisas boas ocorrem por acaso, mas as frustrações constituem testemunhos incontestáveis dos sentimentos, maus e hostis de seu entorno (BALINT, 1968e, p. 43).

O que se observa, nesses pacientes em profundo estado de sofrimento, é uma ambivalência. Ao mesmo tempo em que existe a sensação de morte e desânimo, há uma forte vontade de avançar. Era de se esperar que imperasse o desânimo, já que existe uma falta de vontade de se fazer coisas. São pacientes, no mínimo, intrigantes!

Bela e Gabriel intrigavam-me nesse movimento dialético. Bela era mais frágil e seu estado de desânimo era mais presente, o que a fazia solicitar com mais frequência minha presença. Apesar disso, contudo, notava contratransferencialmente uma força vital no sentido de agarrar-se ao objeto analista, como um meio de saída para essa situação. Com Gabriel, as relações eram mais intensas e barulhentas. Para a sessão, vinha o garoto desprotegido e dependente; fora da sessão, circulava o “terrível”. Depois que pude ver e viver ambas as facetas do meu paciente em sessão, com a intensidade de cada uma delas, pude compreender de onde vinha a força para se ligar ao processo de análise e ao objeto analista.

Com relação ao analista, percebo que ele é tocado muito intimamente e pode ter dificuldade em manter uma atitude empática e objetiva com o paciente. Alguns se deixam levar pelo envolvimento emocional e ajustam sua técnica a partir disso. Balint (1968e) não se refere à contratransferência, mas sou levada a esse fenômeno, quando o autor menciona que o analista é tocado intimamente pelo paciente e tem com ele um envolvimento emocional. Ressalto, no entanto, o fato de que evitam tal forma de envolvimento, e ainda aqueles que fazem uma formação reativa, afirmando que sua técnica os capacita a trabalhar em qualquer situação. De toda forma, parece que está em questão, aqui, o manejo que devemos usar com esses pacientes e a necessidade de um *setting* mais elástico. Não podemos nos esquecer de que eles não têm condições internas de sentir gratidão pelo trabalho que realizamos em análise, devido à urgência da satisfação de suas necessidades. Cabe a nós, analistas, permanecer-mos em uma atitude passiva e simpática.

3.1.2 Regressão à dependência como possibilidade do “novo começo” ou renascimento psíquico

O novo é a reemergência do velho, do arcaico que fora estragado pelas falhas ambientais.
(FIGUEIREDO; TAMBURRINO; RIBEIRO, 2012f, p. 72)

No “novo começo”, que entendo ser possível através do renascimento psíquico, o antigo ou o mais primitivo que sofrera falhas precisa ter espaço para ser revivido no processo de análise. As referidas falhas são decorrentes de situações em que o desenvolvimento psíquico foi interrompido ou marcado de maneira traumática e, então, a introjeção do bom objeto foi abalada. Reitero que, nos dois casos desta tese, o bom objeto já havia sido introjetado, e esses pacientes já haviam alcançado a posição depressiva. Na perspectiva de Klein (1940; 1945), no entanto, esse abalo impediu o avanço e elaboração da posição depressiva e da situação edípica. Já Winnicott (1962a; 1963a) compreende que houve falha no ambiente e que as necessidades do bebê não foram atendidas a contento. Ambos os autores consideram que algo aconteceu, impedindo a continuidade do desenvolvimento psíquico saudável do sujeito.

Como bem propõe Balint (1968f), é preciso retornar para a “área da falha básica” e ressignificá-la, através das experiências vividas no processo de análise, quando a dupla analista e paciente está em ação. Então, vamos falar do processo de regressão a serviço do renascer psíquico. Cronologicamente, inicio por Klein (1930; 1945; 1952a) - apesar de ela não ter escrito, especificamente, sobre regressão. Seu trabalho com crianças pequenas denota a importância dessa temática, como afirma Van Sweden (1994). Na sequência, apresento o pensamento de Winnicott (1954a, d) e Balint (1968), contemporâneos em seus escritos sobre regressão, apesar de eles terem desenvolvido trabalhos independentes.

Embora tenhamos um caminho a seguir, entendo a importância de mencionar que Van Sweden (1994) considera que, além de Klein (1930; 1945; 1952a), Winnicott (1954a, d) e Balint (1968), outros autores contribuíram para desenvolver o conceito de regressão. Ele chama atenção para Otto Fenichel (1945), quando menciona a dependência biológica ao longo da infância, em função das necessidades de cuidado, conforto, proteção e amparo. Salienta que essa é a base para que se desenvolva a dependência emocional do ser humano. E, ainda, assinala

para a possibilidade de o indivíduo regredir ao tempo anterior da dependência, em que a segurança e a proteção estavam à sua disposição.

Van Sweden (1994c, p. 91-2) afirma que: “A dependência, na teoria clássica, refere-se à fase oral do desenvolvimento. Embora os sentimentos de dependência física e emocional persistam nos estágios posteriores de desenvolvimento”. Assim, a mencionada teoria “[...] equipara a fase oral do desenvolvimento à dependência”. Ela começa ao nascer e perdura até um ano e meio da criança. O que chama atenção, nesse trecho, é que o período de dependência está centrado na necessidade de fusão com o objeto, no sentido de algo que acalme e reduza a tensão.

Estamos diante, pois, de uma relação que é pré-edípica, em que há a necessidade de se ter ao alcance um objeto com quem se mantenha uma relação idealmente amorosa, presente e segura: esta necessidade é primordial (KLEIN, 1935; 1940; 1945; 1946). Em Winnicott (1963a; 1962a), temos, como já mencionado anteriormente, uma ilusão de relação harmoniosa e perfeita com o objeto. Balint (1968 b, c, d) também menciona a necessidade de se manter uma relação com o objeto, em que o atendimento das necessidades do indivíduo esteja garantido.

Em suma, os três autores, cada um à sua maneira e com sua descrição para isso, destacam a importância de as necessidades físicas e emocionais do bebê serem atendidas, de modo a deixá-lo mais tranquilo, diante das angústias vividas ao longo do processo de desenvolvimento.

Entendo ser necessário, então, no processo de análise, o retorno ao momento do desenvolvimento emocional, em que a dependência de outra pessoa ocorreu – fase pré-edípica. Depois, com auxílio e trabalho do analista, o paciente pode caminhar para a fase edípica, que, se atravessada e elaborada, leva a uma relação mais integrada com os objetos, ao alcance da autonomia e independência, em relação às figuras parentais, tão fundamentais e importantes no início da vida. Em suma, reitero, como já mencionado no capítulo 3, que a questão da vivência da situação edípica é fundamental para se alicerçar uma relação consigo mesmo e com o outro.

Após essa digressão, retomo o caminho anunciado no início do capítulo. Klein (1930; 1945; 1946; 1952b) desenvolve todo seu trabalho, a partir da relação inicial que o bebê estabelece com sua mãe. A autora localiza o momento do desenvolvimento que provocou o sofrimento dos pacientes regredidos na fase pré-edípica e pré-verbal, em que a ênfase recai numa relação dual, exclusiva e idílica do bebê com seu objeto ideal, a mãe. Estaríamos, então, na posição esquizoparanoide. Como vimos anteriormente, é fundamental, nesse momento, que as boas experiências com os objetos prevaleçam sobre as más, pois a introjeção do bom objeto

auxilia o bebê a integrar seu ego e, com o tempo, a ir saindo da posição esquizoparanoide, em direção à vivência da posição depressiva e da situação edípica.

É preciso ressaltar, no entanto, que se essas novas experiências do bebê com os objetos totais e se a vivência da situação edípica for geradora de forte angústia, ele pode retornar a um ponto anterior do desenvolvimento, em que havia uma relação mais ideal, dual e exclusiva com o objeto, de modo a se sentir mais seguro. Isso pode caracterizar, então, a regressão no sentido temporal, em Melanie Klein (1930; 1945; 1946; 1952a).

Há, ainda, outro ponto a ser destacado. Se as vivências iniciais da posição esquizoparanoide tiverem sido intensas demais, a ponto de o bebê não ter experimentado uma relação mais nutritiva e gratificante com o bom objeto, seu mundo interno pode estar em risco, ameaçado. Portanto, qualquer sobrecarga emocional que se dê no início da posição depressiva e da vivência da situação edípica pode disparar o uso maciço de mecanismos mais primitivos de defesas, característicos da fase mais primitiva do desenvolvimento. Nesse sentido, também pode arrastar o indivíduo para um processo regressivo.

Em estudo sobre a regressão em Klein, Balint e Winnicott, Van Sweden (1994a) afirma que a autora falou sobre regressão, pela primeira vez, no artigo “A importância dos símbolos no desenvolvimento do ego”, publicado em 1930. Na ocasião, ela atendia o paciente Richard, que, no artigo, era chamado de Dick. Esse paciente havia tido uma inibição temporal do seu desenvolvimento; ou seja, ele havia regredido a um estágio anterior ao que já havia atingido. Apesar de falar dessa regressão em Dick, Klein não trabalha diretamente a regressão para um estágio anterior já alcançado, em que o bom objeto estivesse mais presente e, portanto, a angústia fosse menor.

Em seu texto “O complexo de Édipo à luz das primeiras ansiedades”, de 1945, Klein descreve o caso Rita. Essa menina vivia uma situação bastante ambivalente com sua mãe, que era, ao mesmo tempo, um objeto de amor de quem Rita necessitava e que temia perder – fonte de angústia depressiva – e também sentida como uma figura retaliadora e assustadora – fonte de angústia paranoide. A gravidez da mãe e o nascimento do irmão foram sentidos pela paciente com muita intensidade, levando a uma intensificação dos seus desejos edípicos. Então, sua entrada na situação edípica trouxe mais angústia, em função de se intensificarem os sentimentos já presentes de rivalidade, ódio e amor, com relação à figura materna. Rita não pôde tolerar essa angústia adicional e, então, adoeceu. Logo, seu desenvolvimento sexual, no sentido da elaboração da posição depressiva e situação edípica, se paralisou. Ela entrou num processo que pode ser entendido como regressivo.

Para Klein (1952a), a angústia pode levar o indivíduo a regredir de um ponto do desenvolvimento para outro. Por exemplo: de uma relação genital com objetos para uma relação pré-genital. A autora enfatiza que a relação estabelecida inicialmente com a mãe, que deve ser então paciente e compreensiva, é de fundamental importância. Esse vínculo entre a dupla mãe-bebê acontecerá através do seio.

Embora, já desde os primeiros dias, o bebê responda a outros aspectos da mãe – sua voz, seu rosto, suas mãos -, as experiências fundamentais de felicidade e amor, frustração e ódio, estão inextricavelmente ligados ao seio da mãe. Esse vínculo inicial com a mãe, que é fortalecido à medida que o seio está sendo estabelecido com segurança no mundo interno, influencia basicamente todos os outros relacionamentos, e em primeiro lugar com o pai. Este vínculo fundamenta a capacidade para formar toda a ligação profunda e intensa com uma pessoa (KLEIN, 1952a, p. 125).

Klein (1952a) não deixa de mencionar, no entanto, que existem bebês muito vorazes, os quais, apesar da voracidade, também vão se interessar por pessoas, de forma análoga ao alimento. São crianças que não suportam ficar sozinhas e têm grande necessidade de atenção e de alimento. Essa relação com o objeto seio – representante da mãe – dificultará o estabelecimento do bom objeto interno e a confiança na mãe e em outras pessoas, que seriam os objetos externos. Assim, essa relação com o objeto instaura uma instabilidade emocional e leva a algumas dificuldades, como: “[...] uma necessidade voraz e ansiosa por companhia, que muitas vezes é acompanhada do medo de estar só e pode resultar em relações de objeto instáveis e transitórias que poderiam ser descritas como “promíscuas”” (KLEIN, 1952a, p. 126).

A separação da mãe, que começa no desmame e marca o início da posição depressiva, temática desenvolvida no capítulo anterior, é considerada importante Klein no desenvolvimento emocional saudável da criança por Klein (1952a), o modo como a criança lida com suas emoções e angústia, nos períodos de ausência da mãe, e as defesas que utiliza são aspectos que demonstram como está seu desenvolvimento. O fato é que existe um medo real de perder a mãe, pelos danos causados a ela em fantasia, o que torna dolorosa essa vivência de separação, mesmo que momentânea. Há, ainda, o temor de morrer junto da mãe, já que esta é sentida como parte da criança.

A criança pode, porém, brincar com essa experiência, indicando um caminho de elaboração, por exemplo: jogando brinquedos para fora do carrinho ou brincando de esconde-esconde com a mãe. Assim, ela está brincando com a ideia de presença e ausência dos objetos.

Ao ser restituída pelo brinquedo ou pela presença materna, a criança vai registrando que há uma separação, mas o objeto retorna. Há ainda outros aspectos conquistados pelo bebê, como a fala e a marcha que indicam também a elaboração da referida separação.

Embora ocorram os ataques ao objeto que frustra, o que denota que a posição depressiva e a situação edípica estão em curso é a capacidade de reparação do objeto. O aumento da capacidade da criança, no sentido de fazer reparação, ao longo desse processo, amplia as sublimações e, conseqüentemente, sua criatividade.

Retomando, o temor pela morte do objeto e de si mesmo pode aparecer na relação com o analista, sob a forma de uma dependência acentuada, no sentido de o paciente reviver as experiências iniciais que não foram satisfatórias. De fato, nos dois pacientes objetos deste estudo, observei uma relação de idealização para com o objeto analista, que era vivido e sentido como muito bom. A analista não era vista como um objeto integral, e sim cindida, sendo que as partes más, fontes de frustração, eram negadas, indicando que ambos precisaram utilizar ao máximo o objeto de quem dependiam. Van Sweden (1994c) ainda destaca a possibilidade de um funcionamento oposto, quando é observada a ausência da dependência do analista.

O autor destaca também a forte exigência de gratificação, por parte do paciente, que depende emocionalmente do analista, podendo levá-lo a exaurir seus recursos. Há, ainda, a possibilidade de essas necessidades não serem atendidas, já que podem ser intensas demais. Acrescento que isso levaria o paciente a reviver o desamparo, aumentando o ressentimento com relação ao objeto inicial atualizado no analista. Por outro lado, se o analista gratifica em excesso seu paciente, ele pode ser intrusivo, sufocando-o. Por fim, essa vivência de dependência, na relação analítica, precisa ser muito bem cuidada, para que não leve o paciente a deixar todas as suas responsabilidades, opiniões e seus pensamentos a cargo do analista.

Assim, de acordo com Van Sweden (1994a), afirma que Klein reconhece a regressão e reconhece a interação com a progressão, mas não se dedica a isso. Balint e Winnicott são autores que vão dar ênfase à regressão à dependência. Então, vamos a eles!

Em seu texto “Retraimento e Regressão”, Winnicott (1954d) discorre sobre sua experiência de trabalho com pacientes adultos que fizeram a regressão, via transferência, no processo de análise. Ele comenta que, quando o analista capta o processo de regressão acontecendo, na situação analítica, e é capaz de acolhê-lo, pacientes menos adoecidos podem, então, regredir ao momento de sua infância mais precoce, em que mantinham uma relação de dependência com o ambiente. Esse ambiente, entretanto, falhou em atender às necessidades do bebê-paciente.

Assim, a regressão, vivida e acolhida na situação analítica, pode corrigir essa falta de adaptação. O analista, ao fazer uma interpretação adequada e no momento certo, oferece sustentação para seu paciente, que se encontra num estado de regressão à dependência. Para que aconteça essa regressão, no entanto, é preciso que o ambiente não tenha sido “suficientemente bom” e, portanto, seja sentido como intrusivo ou negligente - o indivíduo então reage, e os processos de desenvolvimento do eu são interrompidos. O eu não é mais capaz de fazer novos progressos, e essa reação, reitero, é a resposta de um ego imaturo e incapaz de lidar com a “agonia primitiva” vivida. Então, surge um falso *self*, como uma proteção ao núcleo do verdadeiro eu.

De tudo isto é possível extrair um princípio fundamental da existência: tudo aquilo que provém do verdadeiro eu é sentido como real (e posteriormente como bom), seja qual for a sua natureza, não importa o quão agressiva; e tudo aquilo que acontece ao indivíduo enquanto reação à intrusão ambiental é sentido como irreal, inútil (e posteriormente ruim), independente de o quão gratificante seja do ponto de vista sensorial (WINNICOTT, 1954a, p. 389).

É preciso acreditar que se possa corrigir a falha original; mas, para isso, será necessário que o ambiente vivido na situação de análise ofereça uma provisão adequada, que permita o processo regressivo acontecer como uma nova chance, com o intuito de promover um novo desenvolvimento emocional, que fora inviabilizado pela falha do ambiente.

Sobre a regressão à dependência, Van Sweden (1994b) afirma que, através da relação analítica, existe a possibilidade de o indivíduo experimentar novamente a relação inicial, que teve com sua mãe, enquanto bebê.

Pela primeira vez, o paciente é capaz de sentir diretamente o terror, a dor e raiva que resultaram da falha materna original. Essas emoções intensas são revividas no ambiente de *holding* proporcionado pelo analista. O ego fragmentado do paciente, neste momento, tem a oportunidade de integração, através da reelaboração de suas emoções previamente cindidas. Paradoxalmente, a regressão à dependência tem um valor consideravelmente progressivo (VAN SWEDEN, 1994b, p. 83)²³.

²³Tradução livre do original: “[...] For de first time, the patient’s is able to fell directly the terror, pain, and rage that resulted from the original maternal failure. These intense emotions are relived in the holding environment provided by analyst. The patient’s fragmented ego now has the opportunity for integration, though the reworking

A regressão estaria a serviço do progresso. Retornando a Winnicott (1954a), observamos que ele reforça que regressão, para a Psicanálise, pressupõe uma forma de organização de ego que faz uso de um mecanismo de defesa em que o falso *self* faz parte. O autor ainda destaca que essa situação acontece como defesa contra o caos. Assim, para defender o eu das falhas ambientais, o indivíduo faria o “congelamento da situação da falha” ou “colapso”, salvaguardando a expectativa de que, em algum momento, essa falha possa ser revertida e possa voltar a acontecer uma adaptação adequada às necessidades do indivíduo.

Logo, o que Winnicott (1954a) propõe é que a regressão faz parte do processo de cura e pode ser observada também em indivíduos saudáveis. Já nos casos mais graves, acrescento, com mais dificuldade de “tocarem” a vida e com pouca esperança de novas oportunidades, o analista precisa proporcionar, ao paciente, uma vivência ativa da maternagem. Entendo que foi isso que aconteceu com Bela e Gabriel, pois eles precisavam de uma maternagem mais ativa e viva, em função das dificuldades que vinham apresentando.

Nesta perspectiva, é importante destacar que existem estados regressivos que se complicam, por promoverem um retraimento patológico, em função de organizações de defesas muito acirradas. E esses estados diferem muito daqueles em que a regressão é acionada como possibilidade de descongelar a situação que fora congelada, em função da falha do ambiente. Neste último caso, é proporcionado ao ambiente atual a oportunidade de responder adequadamente às necessidades do indivíduo, mesmo que tardiamente.

Na situação analítica, a regressão à dependência acontece, quando o paciente pode confiar no analista, para reviver a relação de dependência absoluta inicial, tal qual viveu anteriormente, mas que falhou em termos de provisão. O ocorre também, quando o analista pode reproduzir os padrões de maternagem da primeira infância. Assim, nessa nova situação, o analista precisa ser uma “mãe suficientemente boa”, capaz de sustentar seu paciente quando transmite “[...] em palavras, no momento apropriado, algo que revele que o analista se dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando” (WINNICOTT, 1963c, p. 216). Logo, a empatia em perceber e compreender as necessidades do paciente, somada ao ambiente criado pelo analista para que o trabalho analítico aconteça - que vai desde escolha da sala, luminosidade adequada, almofadas, divã - são fatores fundamentais para que o *holding* aconteça.

of his/her previously split-off emotions. Paradoxically, regression to dependence has a significantly progressive value”.

O paciente regride, então, ao narcisismo primário, e o ego é capaz de viver essa nova experiência com o ambiente, agora, bem-sucedida. A raiva relativa à vivência da falha que ficara congelada é chamada à baila; logo, se faz presente e é explicitada. Assim, “[...] o progresso a partir do narcisismo primário tem novo início, com o eu verdadeiro agora capaz de enfrentar as falhas do ambiente sem a organização de defesas que impliquem num eu falso protegendo o verdadeiro eu” (WINNICOTT, 1954a, p. 384). Estamos diante da regressão à dependência, que poderá acontecer muitas vezes, rumo à independência.

Winnicott (1954a) explicita o processo de regressão à dependência com pacientes psicóticos, compreendendo a psicose como uma organização de defesas para preservar o verdadeiro eu. Penso que o processo regressivo pode ser benéfico, mesmo para pacientes que chegaram à posição depressiva com o bom objeto enfraquecido, a fim de reescrever uma história de relações adequadas com o ambiente.

Retomando os dois casos, considero que Gabriel vivia um processo mais complicado, em termos de desenvolvimento psíquico, se comparado à Bela. Ele havia perdido seu objeto de amor e cuidado mais precocemente, ou seja, havia desfrutado muito pouco dele. Assim, ele demorou mais tempo para confiar no ambiente analista, para poder se entregar a reviver suas experiências mais avassaladoras de medo, abandono e terror.

Para Winnicott (1954a), a regressão alcança e proporciona um lugar em que os processos básicos do eu podem ser encontrados. Então, “O sujeito entra em contato com os processos básicos do eu que fazem parte do desenvolvimento verdadeiro, e o que acontece daqui em diante é sentido como real” (WINNICOTT, 1954a, p. 388). Após passar pelo processo regressivo em análise e recuperar-se dele, o paciente precisará, então, de uma nova forma de análise – a análise normal –, que busca lidar com a posição depressiva e o Complexo de Édipo.

Passemos agora a Balint (1968f), que, como Winnicott (1954a, d), também propõe um retorno à área da falha, que o autor denomina “falha básica”, como a possibilidade de reviver, reexperimentar e renascer. Balint (1968) e Winnicott (1954a, d) enfatizam a relação analista e analisando, diferentemente de Klein (1930; 1945; 1952a), que fala da relação mãe-bebê e não menciona a regressão, como um processo que ocorre na relação analista e analisando.

Balint (1868f) considera o poder “cicatrizante das relações”, como algo que pode acontecer entre duas pessoas, que passam a viver um determinado tipo de relação objetal. Assim, segundo ele, na regressão, há a necessidade de se viver um determinado tipo de relação, em que o analista pode reconhecer, aceitar e responder às demandas mais infantis de amor, em que a necessidade por gratificação se faz presente.

Van Sweden (1994a) afirma que todos nós ficamos com um vazio, que independe da relação que tivemos com nossas mães, em função de alguma necessidade que deveria ser satisfeita e não foi. O adulto vai procurar preencher essa necessidade em relações mais íntimas com outras pessoas; no entanto, se essas falhas foram graves demais, as relações mais adultas não dão conta de reparar e cicatrizar os fracassos maternos iniciais. Assim, “[...] somente na relação analítica, por meio da regressão à dependência, é que esses fracassos podem ser abordados e resolvidos com sucesso”²⁴ (VAN SWEDEN, 1994a, p. 64).

A pergunta que o autor faz é: qual o tipo de relação objetal necessária ao paciente regressivo? Ele responde que seria da ordem pré-verbal, sendo que o analista precisa aceitá-la e respondê-la. É preciso, então, que o analista assuma o papel de objeto primário, para ajudar o paciente a estabelecer uma relação mais primitiva em análise, de modo que possa reviver e reexperimentar a satisfação das necessidades mais iniciais, até mesmo pré-traumáticas. O autor faz, então, a seguinte analogia: as palavras do analista estão para o leite, enquanto o analista está para o seio. Essa atmosfera deve ser mantida pelo tempo necessário, até que a “falha básica” possa ser desativada. Assim, novos meios de desenvolvimento serão descobertos, com o intuito de evitar a repetição do trauma original, cicatrizando a ferida aberta pela vivência da “falha básica” (BALINT, 1968g).

É preciso que o paciente que está funcionando na “área da falha básica” se encontre com a criança que está dentro dele - ela não é capaz de nos contar nada, através de comunicações verbais, com relação ao ressentimento que sente por conta das falhas. Aqui, penso ser fundamental que o analista faça uso da sua contratransferência, para compreender essas comunicações sem palavras e transformá-las em linguagem.

Essas comunicações não-verbais, que aparecem sob a forma de atuações, poderão ser perlaboradas, quando o indivíduo atingir o nível edípico (BALINT, 1968j). É preciso, então, aceitar os *acting-out*, como formas válidas de comunicação, sem interpretações verbais sobre eles.

Importante lembrar que nem todos os pacientes sabem expressar qual foi a falha que viveram:

No entanto, alguns são capazes de expressá-lo por seu oposto, isto é, por fantasias sobre um parceiro perfeito ou de uma harmonia perfeita com seu entorno, felicidade não perturbada perfeita, contentamento perfeito consigo mesmo e com o mundo, entre outras. Todavia, na forma mais frequente, o paciente fica repetindo sempre que foi

²⁴Tradução livre do original: “[...] My premise is that only within the analytic relationship, through the process of regression to dependence, can these early failures be successfully addressed and resolved”.

abandonado, que nada no mundo valerá a pena a não ser que algo que lhe foi retirado – habitualmente algo inatingível atualmente – lhe seja devolvido e, nos casos graves, chega a dizer que não vale a pena viver se sua perda não foi preenchida, procedendo como se isso fosse realmente verdade (BALINT, 1968d, p. 99).

Este encontro com o infantil exige um trabalho árduo, pois mesmo um analista muito experiente e empático terá dificuldade em se identificar com todas as necessidades da criança exigente que habita seu paciente. E o que torna a situação ainda mais complexa é que a menor falta de identificação será sentida pelo paciente como uma tragédia, em função de ele reviver os sentimentos de amargura e desapontamento, com relação ao entorno que o levou à “falha básica” (BALINT, 1968g). Isso requer uma técnica, por parte do analista, que seja mais elástica no sentido de gratificar seu paciente, enquanto isso for necessário.

Balint (1968j) adverte que o analista não tem obrigação de compensar as privações que o paciente sofreu dos objetos primários, com mais amor, cuidado e afeto que os próprios pais ofereceram. Isso estaria, praticamente, fadado ao fracasso. O analista deve estar lá, com seu paciente, nas sessões regulares, de modo a estar livre e disponível para o paciente, inclusive de demandas e estímulos de si mesmo.

Sobre esse trabalho árduo, o autor ainda afirma que o analista logo perceberá que suas interpretações, em forma de palavras, nessa “área da falha básica”, “[...] em vez de esclarecer a situação, são com frequência mal-entendidas, mal interpretadas, tendendo a aumentar a confusão de línguas entre seu paciente e ele próprio. De fato, as palavras se tornam pouco confiáveis e imprevisíveis” (BALINT, 1968j, p. 173).

Assim, o analista precisa criar uma atmosfera em que o paciente possa repetir a situação traumática, na sua relação com ele, a fim de que alguma mudança passe a ocorrer. Com esse tipo de “manejo”, tem-se a impressão de que, no paciente, o ódio e a agressividade são chamados à baila com bastante intensidade, e, talvez, o analista seja introjetado de modo menos idealizado (BALINT, 1968g).

Balint (1968h) define o “novo começo” como um retorno a um ponto anterior ao desenvolvimento defeituoso, que pode ser nomeado como regressão. Ao mesmo tempo, refere-se ao processo como a descoberta de um novo meio, mais adequado, que leve a uma progressão.

Diante dessa vivência regressiva, Balint (1968i) propõe duas formas de regressão: benigna e maligna. Na regressão benigna, realmente, há a possibilidade de o analista atender, moderadamente, as necessidades do paciente, sendo estabelecida uma relação de confiança entre ambos, o que possibilita um novo começo, desencadeando uma verdadeira descoberta de

um novo modo de ser. Aqui, busca-se, acima de tudo, o reestabelecimento de um funcionamento saudável e o reconhecimento dos problemas internos do paciente, que, como adverte Balint, não se caracteriza como um caso grave.

Já na regressão maligna, a desconfiança na relação entre paciente e analista se faz presente. Há uma atitude suspeitosa com relação às demandas para com o objeto e o que retorna dele, em termos de satisfação de necessidades. As tentativas de “novos começos” estão presentes; entretanto, elas não são bem-sucedidas, pois surgem muitas necessidades, que precisam ser satisfeitas pelo objeto analista, sendo difícil corresponder a todas.

Para que a regressão benigna se dê, há necessidade de uma atmosfera de confiança, que precisa ser criada pelo analista, de modo que o “novo começo” tenha início. O referido processo acontecerá, justamente, a fim de se recuperar confiança nos objetos e no mundo.

“Os ‘novos começos’ impõem perdas, seja na teoria psicanalítica, seja aos pacientes durante os tratamentos, seja na vida” (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012c, p. 17). As perdas são das relações ideais e exclusivistas. No “novo começo”, o paciente precisa conceder ao objeto, cada vez mais, o direito de ele existir de modo separado, com necessidades e demandas próprias.

Assim, é preciso aceitar o outro, aceitar a diferença entre indivíduo e objeto. Acima de tudo, para esse processo acontecer, se faz necessário: “[...] confiar nos objetos e conceder-lhes direitos, negociar com desejos e demandas sem perder os próprios seria, assim, o que se poderia obter a partir da regressão ao amor primário e do *new beginning*” (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012f, p. 63).

Para que o “novo começo” aconteça, o paciente precisa abrir mão de um modo rotineiro e conhecido de funcionamento, mas que não traz paz e tranquilidade, e se lançar ao novo e desconhecido, um tanto angustiante. É preciso confiar muito e, para isso, o bom objeto interno precisa estar lá, de alguma maneira.

Essas novas tentativas, contudo, parecem ser vistas como velhas. Recorro a Figueiredo, Tamburrino e Ribeiro (2012f, p. 72), para explicar a presença do velho no novo. “O novo é a reemergência do velho, do arcaico que fora estragado pelas falhas ambientais”. Sim, é o novo que traz à tona o velho, para se estabelecer uma nova forma de relação, que possa ressignificar o velho que fora, como dito acima, estragado pelas falhas do ambiente. Daí a importância da atmosfera analítica ou do ambiente analítico, para tal empreitada. É preciso sentir-se sustentado por algo, confiar nisso, para que se possa lançar ao novo, novíssimo!

Assim, o analista precisa permitir que o paciente sinta que ele o suporta. “Isto quer dizer que o analista deve sustentar o paciente, não ativamente, mas como a água suporta o nadador,

ou a terra, o caminhante, isto é, estar presente para que o paciente o utilize sem muita resistência ao ser usado” (BALINT, 1968e, p. 167). Na verdade, alguma resistência se faz necessária, para se ter atrito e marcar que são dois objetos, o que possibilitará seguir o caminho para relações triangulares e menos ideais.

Isto me remete a Winnicott (1963a; 1951), justamente quando o autor fala da passagem da relação de dependência absoluta, dependência relativa rumo à independência. Acima de tudo, o autor explica como o uso do objeto é fundamental, nessa trajetória, no sentido de o analista se permitir estar ali para o indivíduo, de tal modo que ele acredite que o criou. Depois, o objeto pode ir falhando, gradativamente, e suportando os ataques de raiva por conta das falhas, não lhes respondendo, mantendo sua atitude acolhedora e firme. Pode, ainda, permitir-se ser usado, de acordo com a necessidade de cada momento desse caminho, no sentido da independência.

Retornando ao novo, novíssimo, ele envolve dor e luto. Explico: é preciso renunciar ao desejo original de ser amado, sem oferecer nada em troca e aceitar uma realidade desagradável, muitas vezes, não favorável e indiferente. Essa realidade sinalizará que o desejo original não será satisfeito como se quer, mas, como é possível. Além disso, é preciso ter sorte! Estamos diante da passagem e elaboração da posição depressiva, que precisa acontecer com qualquer paciente.

A tristeza e o luto, a que Balint (1968k) se refere, diz respeito a aceitar a presença de uma marca deixada pela falha. Ela poderá cicatrizar, mas os defeitos deixados não poderão ser corrigidos completamente, pois sua inscrição demonstra que um fato vivido no passado ainda se faz presente. Isso significa que é preciso abandonar o ideal de perfeição, sem falha.

Ambos os casos da tese precisaram compreender que os objetos falharam de alguma maneira. Não havia a possibilidade de voltar no tempo e corrigir a falha e, conseqüentemente, a cicatriz deixada por ela. Os pacientes precisaram retornar à área dessa falha, viver os sentimentos de raiva, indignação, terror, sustentados por uma relação de confiança com o analista, que, nesse sentido, foi a mão firme que os segurou e sustentou, para, então, compreenderem e elaborarem as situações vividas. Depois disso, eles podem visitar esse lugar, através da cicatriz deixada por ele, sem sucumbir.

Então, qualquer paciente pode regredir ao estágio pré-traumático, para ressignificar suas relações e seguir em frente, assumindo uma forma mais adulta de amar. Nessa nova forma de amar, espera-se um melhor equilíbrio da economia psíquica. Nem todos os pacientes que chegam ao “novo começo”, todavia, chegam ao término da análise. De toda forma, contudo, se

o paciente alcançou uma maneira melhor de viver, já há um ganho! Penso que viver melhor já é uma grande conquista.

É preciso mencionar que os pacientes que chegam ao “novo começo” e à entrega confiante vivem, antes disso, um estado de vulnerabilidade, que reforça as defesas paranoides. Eles ficam desconfiados e suspeitosos, mesmo frente a uma atmosfera de confiança. Alguns não conseguem sair dessa atitude autorreferente, permanecendo paralisados na posição esquizoparanoide (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012f). Eles são capazes de receber amor, mas são eficazes em provar que não é verdadeiro o que acabaram de receber. A tese que defendem é de que o mundo é mau e as pessoas são hostis.

A saída desse “círculo vicioso”, que nem todos alcançam, precisará de uma analista que seja capaz de um bom “manejo”, para que esses pacientes passem da posição esquizoparanoide para a posição depressiva. O bom ‘manejo’ está ligado a uma dupla relação de confiança. Essa passagem é gradual e comportará momentos de recaída e outros de ameaça de recaída (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012g).

Então, depois que o sujeito abandonou a tese de que o mundo e os objetos são maus, terá de dar conta de uma realidade bastante difícil: ele é responsável por suas próprias tragédias. O mundo e as pessoas deixarão de absorver suas projeções. E o trabalho do analista será ajudá-lo a reconhecer que ele tem partes “não gostáveis” que, até então, estavam fora dele. Para que o “novo começo” continue, é preciso que o paciente assuma que ele não é totalmente bom ou sem falhas. E, mesmo assim, pode amar e ser amado. Os ideais de perfeição do eu e amor ideal precisam ser modificados, relativizados.

Figueiredo, Tamburrino e Ribeiro (2012g) afirmam que, mais do que conhecer as partes más, o paciente precisa saber como elas se desenvolveram. Precisa compreender qual a história delas na vida deles. Elas podem ter se desenvolvido como defesa contra um ambiente cruel ou indiferente, com relação às necessidades do indivíduo. Os autores afirmam, ainda, que essas partes desagradáveis podem ser representantes dos objetos queridos, a despeito da experiência frustrante vivida com eles.

Essa constatação da realidade que a posição depressiva nos apresenta é cruel e sofrível. Faço uma analogia quanto à passagem pela posição depressiva. Penso nela como a travessia de uma ponte que vai proporcionar, ao final da caminhada, um “novo começo”. Para que isso aconteça, a ansiedade não pode ser forte demais, de modo a lançar o indivíduo de volta à posição esquizoparanoide. O conflito, nessa travessia, é integrar as partes gostáveis e não gostáveis. Os aspectos maus infantis devem ser “enterrados com honras” e, então, não precisarão ser rejeitados e recusados. E, sim, ficarão no passado:

[...] e para sempre preservado ao longo da vida, sempre pronto a renascer como desejo, lançado adiante e deslizando na busca e no encontro de novos objetos. O *new beginning* comporta, portanto, a perda, a renúncia e o desprendimento dos desejos infantis que, no entanto, só aí podem emergir de forma integrada e promissora. O processo analítico, bem conduzido por meio destas fases de ansiedade paranoides e depressivas, é a condição para que o mais precoce possa emergir e ser “enterrado com honras” e não mais renegado ou oculto com vergonha, medo, suspeita ou desânimo (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012g, p. 93).

Assim, os desejos infantis podem emergir, mas eles aparecerão sem a necessidade urgente de satisfação, vindo à tona de modo mais apaziguado, conseguindo aguardar a hora e o momento de serem satisfeitos. Para Balint (1968), essa passagem é muito difícil, pois os pacientes ficam frágeis e precisam se entregar a certo nível de depressão, como parte da vida. Esse processo de luto pode ser longo e precisa seguir seu caminho, de acordo com seu tempo. Necessita, contudo, ser testemunhado. Como é um luto que pertence à “área da falha básica”, ele só pode ser acompanhado dentro de uma situação analítica, ou seja, bipessoal. Assim:

Se o analista favorecer um período suficientemente longo, sem pressa para esse luto, mantendo a necessária atmosfera primitiva por sua tolerância e sem interpretações que interfiram, o paciente começa a cooperar de uma forma um tanto diferente da anterior, como se tivesse vontade e fosse capaz de reassumir sua posição *vis-à-vis* com seus objetos e reexaminar a possibilidade de aceitar o muitas vezes pouco atraente e indiferente mundo a seu redor (BALINT, 1968k, p. 180-1).

Penso em como é preciso ter esperança, para o indivíduo se entregar à travessia e à elaboração da posição depressiva, que para Klein (1935; 1940), inclui também a situação edípica. É uma tarefa árdua, pois o indivíduo vai beber um remédio amargo e, ainda, precisa acreditar que ele lhe fará bem, e que, no final da caminhada, será um sujeito melhor, mais integrado, maduro e com recursos para lidar com as batalhas da vida. Aqui, retomo Freud (1937), quando ele considera que o analista pode caminhar com seu paciente até onde chegou na própria análise. Penso que, nós analistas, somente temos esperança e segurança para sustentarmos que o remédio é amargo, se já o experimentamos e conhecemos seus benefícios.

Assim, o analista precisa ser compreensivo com relação ao sofrimento do paciente - fator primordial para se fazer essa travessia. Não pode tentar, onipotentemente, responder-lhe através de interpretações organizadoras e corretas. É preciso tolerar sua impotência frente ao sofrimento. De fato, o analista não pode apagar a cicatriz deixada pelo trauma da “falha básica”.

O paciente queixa-se e resente-se de algo muito verdadeiro. Enquanto analistas, podemos ajudá-lo a integrar esse aspecto não gostável, mas que faz parte de sua história. Simbolicamente, precisamos sustentar esse processo de regressão num 'abraço apertado', de modo que ele possa se sentir acolhido, tranquilo e apaziguado, pela presença e segurança do bom objeto. Dessa forma, o paciente teria melhores condições para lidar com o mundo ao redor, que começa com a figura do analista.

Assim, o processo de análise, que envolve o “novo começo”, propõe um retorno ao ponto traumático na posição esquizoparanoide, de modo que o paciente possa, então, progredir pela passagem e elaboração da posição depressiva e situação edípica. Esse seria o caminho para se chegar ao “novo começo”.

4 O RENASCIMENTO PSÍQUICO E A REGRESSÃO À DEPENDÊNCIA: O TRABALHO DA DUPLA ANALISTA E PACIENTE

A análise não consiste apenas no exercício de uma técnica. É algo que nos tornamos capazes de fazer quando alcançamos um certo estágio na aquisição de uma técnica básica. Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um processo, processo este que em cada paciente possui seu próprio ritmo e caminhada no seu próprio rumo. Todos os aspectos importantes desse processo originam-se no paciente, e não em nós enquanto analistas. (WINNICOTT, 1954a, p. 375)

O processo analítico acontece no renascer psíquico, quando temos duas mentes em ação e tem início, na interação com o analista, a partir dos aspectos trazidos pelo paciente e que serão passíveis de trabalho a partir dele.

No renascer psíquico que envolve a regressão, penso no quanto o analista precisa estar atento aos movimentos do paciente, como já dito no capítulo anterior, para, então, saber como proceder. Algumas ferramentas analíticas podem auxiliar nessa empreitada de estarmos atentos aos movimentos, necessidades e sofrimentos dos nossos pacientes.

Neste capítulo, discorro sobre o trabalho da dupla no processo do renascer psíquico que envolve a regressão à dependência. Penso que, nessa empreitada, caberá ao analista estabelecer um vínculo seguro e confiante para com o paciente, atendendo suas necessidades, o quanto necessário.

Van Sweden (1994c, p. 91) afirma que “Em cada análise, a possibilidade de regressão está baseada nos ingredientes analíticos do ambiente de *holding*²⁵, isto é, no uso do divã, na associação livre, no silêncio do analista, na frequência das sessões e na atmosfera tranquila da sala”. O analista precisa oferecer, ao paciente, atenção dedicada e um ambiente seguro, capaz de acolhê-lo, tolerar ataques agressivos, sem alterar sua relação com ele. Assim, o que está em questão, nesse primeiro momento do processo regressivo, é a função materna do analista.

²⁵Capacidade de *holding* relaciona-se à condição do ambiente, no sentido de atender as necessidades do bebê e lhe dispensar os cuidados necessários (WINNICOTT, 1965).

Nesse sentido, o renascimento psíquico diz respeito a retomar a capacidade de crescimento e amadurecimento do paciente. Para tanto, será necessário que, depois desse tempo em que a maternagem opera com mais intensidade, o analista vá percebendo o momento de sair desse lugar de dois e começar a introduzir o terceiro na relação, trazendo limites que podem levar a frustrações. Entendo que isso levará o paciente a sair, a seu tempo, dessa relação dual e necessária, no processo regressivo, e ir caminhando no sentido de alcançar uma existência autônoma, mais integrada e independente do analista que envolverá a passagem pela situação edípica.

Depois de apresentar os capítulos sobre a questão edípica, “falha básica” e “regressão à dependência”, e a relação com o renascimento psíquico, entendo que preciso contar de que forma esses conhecimentos se entrelaçam na clínica, na relação entre a dupla analista e paciente. Esse processo atribui ao analista a tarefa de auxiliar o paciente no que, nesta tese, é concebido como uma “nova gestação psíquica”, como já mencionado anteriormente. Trata-se, aqui, de mais uma metáfora, para explicar esse período em que o paciente precisa regredir a estágios psíquicos anteriores. Esse momento corresponde a um período em que se vive a relação dual ou bi-pessoal e idealizada com a figura do analista. Assim, o paciente precisará viver, com seu analista, a sensação de ser um – ser um com o objeto nos remete à relação primordial do bebê com sua mãe. Somente depois disso, será possível ter recursos internos, para viver relações triangulares.

Então, é importante refletir sobre como acontecem essas passagens da vivência da relação dual e ideal à triangular e “real” no renascer psíquico, ao mesmo tempo e durante a vivência da situação edípica, e como o analista percebe esses momentos, a partir das ferramentas analíticas de que dispõe. Para isso, retomo os casos apresentados na introdução, Bela Adormecida e Gabriel, os quais proporcionarão uma discussão sobre o renascer psíquico que aconteceu de maneira diferente nos dois casos.

Com Bela, vivi um movimento de acolhimento e continência. Caminhamos pela vivência e elaboração da situação edípica e posição depressiva. Já com Gabriel, por um período longo, foi preciso acolher e conter; depois, vivemos um período de confronto em que a sobrevivência do analista foi fundamental, para que ele pudesse integrar seu ego e amadurecer. E, então, como no caso de Bela, foi possível viver e elaborar situação edípica e a posição depressiva. Vamos aos casos!

4.1 BELA ADORMECIDA E SEU MUNDO INTERNO ADORMECIDO

Bela veio para análise aos 18 anos de idade. Na ocasião, frequentava um cursinho e morava em um pensionato na cidade de São Paulo. Estava vivendo um momento delicado – um branco –, que foi compreendido como crise de estresse pelo médico que a atendeu e encaminhou para psicoterapia. Filha única de um casal, que tinha se separado quando ela estava com dez anos, Bela passou a morar em companhia da mãe, uma mulher muito comprometida psiquicamente e com quem não vinha tendo um bom relacionamento. Sentia que precisava cuidar da mãe, mas não queria fazer isso, porque entendia que deveria ser o inverso. Já com o pai, a relação era de admiração e idolatria, ficando depositada nele toda a sua idealização.

Em nosso primeiro encontro, Bela chegou ao consultório acompanhada do pai. Assim que a vi, tive a impressão de que se tratava de uma menina desprotegida e amedrontada. Em pouco tempo, comentou que ficou muito solitária, durante o período que morou com a mãe, o que provocou o seu gradual fechamento para o mundo. A crise de estresse que a levou a mim a fez pensar que estava ficando como sua mãe. Esse temor, compartilhado com o pai, mas em silêncio, foi o estopim para que ele procurasse atendimento para a filha. Logo me dei conta de que havia um conluio emocional entre os dois, acerca desse medo do enlouquecimento; e em pouco tempo de atendimento, fui tocada contratransferencialmente por esse temor.

Na primeira entrevista, ele entrou e, praticamente, tomou a palavra. Bela, encolhida atrás dele como uma menininha, pouco falou. Depois que eles saíram da sala, me peguei pensando nessa menina como uma mulher. Sonhei acordada com sua formatura, e nesse sonho ela era uma universitária iniciando a vida. No primeiro momento, achei que esse devaneio não tinha o menor sentido, mas, à medida que os atendimentos transcorriam, fui percebendo que se tratava de um sonho que Bela havia depositado em mim, como se me pedisse para guardá-lo, de modo que não se estragasse dentro dela. Foi uma comunicação sem palavras, via identificação projetiva, permitindo que eu captasse suas emoções através da *rêverie*; mais tarde, quando pudemos colocar essa sensação em palavras, nos aproximamos de sua condição de desenvolver a capacidade de pensamento. Para isso, precisei contar com a contratransferência, para me auxiliar a traduzir sentimentos e sensações em palavras.

Bion (2009) considera a identificação projetiva uma forma inicial de pensamento que, mais tarde, se desenvolveria como capacidade de pensar da criança. Esse desenvolvimento do infante está relacionado à capacidade de *rêverie* materna. Assim, uma mãe capaz de conter os

conteúdos não pensados do seu bebê, traduzindo-os em elementos que ele possa receber, favorece o desenvolvimento do aparelho para pensar os pensamentos.

Bela era uma paciente que tinha dificuldade de se comunicar. Pacientes mais regredidos, como ela, podem precisar de comunicações mais primitivas, pré-verbais. E a identificação projetiva foi um meio de comunicação precioso entre nós. Bion (1959; 1962) a considera uma forma particular de comunicação entre o bebê e a mãe, bem como entre o analista e o analisando. Penso que, ao compreender o que minha paciente solicitava, nesta e em outras situações, pude estabelecer com ela um vínculo seguro e passei a ser sentida e percebida como um bom objeto, com quem poderia contar. Por um tempo, sua relação comigo foi de dependência, e fui tomada como um objeto idealmente bom. Tal situação foi fundamental para vivermos o movimento regressivo em análise, como forma de restaurar seus recursos internos.

Retomando a história da paciente, logo que os pais se separaram, Bela e a mãe mudaram de cidade e foram morar com a avó materna. Depois de seis meses, faltando um mês e meio para terminar o ano letivo, quando estava começando a fazer amigos, a mãe decidiu, de uma hora para outra, mudar da casa da avó e de cidade. Ela comentou que sua mãe se incomodava com o fato dela brincar até tarde na rua, com os colegas que havia feito.

Bela tinha dificuldade em se relacionar e fazer amigos, desde a infância. E os poucos que fazia, deixava para trás. Isso ocorreu, por conta das duas mudanças de cidade, que fez em tão curto espaço de tempo. Assim, foi se fechando, demorando a se abrir para novos relacionamentos.

Na adolescência, teve um namorado por três anos. Durante o relacionamento, o casal manteve-se pouco aberto a conviver com outros amigos, funcionando como um “bloquinho”, em uma relação dual e ideal. Quando se separaram, por mudança de cidade, eles não aguentaram. Bela disse que não suportava o ciúme dele e que ele não suportava o dela. Minha paciente se considerava desinteressante e supunha que o namorado estaria mais interessado em sua nova vida de estudante de cursinho do que nela. Ao término do namoro, sentiu que iria morrer de tanta tristeza, parecendo, então, ter depositado nessa relação toda sua carência e seu desespero. Penso que tentou reconstruir, com o namorado, uma relação perfeita e idealmente gratificadora com o bom objeto, “colando” nessa relação, de modo a tentar garantir que todas as suas necessidades fossem satisfeitas. Era a tentativa de reparar o que havia falhado, supondo que só poderia contar com os objetos se estivesse “colada” neles.

Em nosso primeiro contato, senti Bela em pedaços e sem voz própria, perdida em si mesma, em sua história, que envolvia muita destrutividade e o sentimento de ser pouco valorizada pela mãe, por um lado, e por outro, contando com um pai muito bom, fonte de amor

e gratificação. O convite inconsciente que me fez, para que a ajudasse a sair de seu sono mortífero e acordasse para a vida, contudo, fez com eu que me sentisse convocada, contratransferencialmente, para acompanhar minha paciente no processo de análise e no temor em crescer. Crescer estava associado a não ter mais o pai como continente e ao temor de não conseguir se responsabilizar por si mesma, correspondia, ainda, ao risco de se tornar alguém parecida com a mãe, perdida em um mundo interno caótico.

No início de nosso trabalho, esse sentimento com relação à mãe não podia aparecer, já que minha paciente temia que, somente por mencionar o nome dela, pudesse estragar o vínculo que vínhamos estabelecendo. Comentou que recebia ligações diárias da mãe e que havia deixado de atender, pois o assunto era o mesmo: ela sempre afirmava que Bela não conseguiria passar no vestibular e dizia que precisavam voltar a morar juntas, no interior do estado.

Por um tempo, Bela ficou sem atender esses telefonemas, como uma saída para não se contaminar; mas, no decorrer de nosso trabalho, voltou a falar com a mãe, tentando colocar alguns limites. Somente depois de um ano de atendimento é que fiz o meu primeiro contato com a mãe, a pedido de Bela. Entendo que, somente depois de ter estabelecido um bom vínculo comigo, de modo que o bom objeto analista estivesse também em segurança, o meu contato com a mãe, depositária de toda a destrutividade, pôde acontecer.

Minha impressão era de que o pai se tornara o ponto de apoio de minha paciente; ela tinha uma relação idealizada e infantilizada com ele. A comunicação entre eles era diária, e as decisões eram tomadas a partir do que ele definia. Bela se colocava como uma menina, sem condições de tomar conta da própria vida. Era notória a cisão dos objetos entre bom e mau - a mãe era vista e sentida como idealmente má e o pai, por sua vez, idealmente bom.

Retomando a ocasião da separação do casal, percebi que o pai delegou os cuidados de sua filha para a mãe, mas esta ofereceu pouca ou nenhuma continência para Bela, fato que deixou marcas na precária constituição psíquica da filha. Entendo que, como já dito, Bela viveu uma “falha básica” nas funções de cuidado e atendimento de suas necessidades. Por estar adoecida psiquicamente, a mãe pouco pôde lhe oferecer, e o pai, como vimos anteriormente, me parece que saiu de casa para poder ter um pouco de sanidade psíquica, para salvar a filha, pois se ficasse no mesmo ambiente, padeceriam todos. Ao se afastar, no entanto, deixou-as desprotegidas e entregadas à sorte e, conseqüentemente, aos traumas que marcaram a constituição psíquica da paciente.

Bela, então, trouxe para a análise a falha que havia dentro de si. Na relação comigo, ficava evidente a sua grande necessidade de cuidado e proteção. Balint (1968a) nos adverte que,

nesses casos, o analista não pode falhar. Senti-me, por um lado, convocada a atender suas necessidades e, por outro, o peso da responsabilidade de lhe oferecer provisão adequada.

Quando me refiro a atender às necessidades da paciente, o que está em questão é a possibilidade de o processo de análise retornar ao momento de dependência absoluta dos objetos primários - um período em que a relação é dual e ideal, e o bebê pode, então, gradativamente, ir se assegurando e lidando com as angústias que comportam o processo de desenvolvimento. A necessidade de cuidado e proteção estava presente na relação Bela com namorado e ficava evidente, quando ela me contava que estava enfurecida por ter de dividir a atenção do pai com a madrasta ou por não conseguir se organizar para estudar, por conta do barulho na república. Nesses momentos, apresentava-se autorreferente e persecutória, características de pacientes com “falha básica” (BALINT, 1968e). Comentários gerais eram tomados como pessoais e intransferíveis. Por exemplo, quando o professor do cursinho fazia algum comentário de orientação para sala, entendia que era uma crítica dirigida a ela. Em outra situação, quando a madrasta fazia algum comentário sobre cursinho e vestibular, momento em que suas filhas também se encontravam, Bela tomava a fala dela como pessoal, sentindo-se atacada.

Na relação comigo, isso não se dava de forma diferente. Nos momentos em que eu não respondia às suas solicitações ou a convidava a pensar sobre algo que a frustrava, também me tornava uma mãe-analista negligente e alvo de retaliação.

Percebia que Bela se sentia injustiçada, pois tinha certeza de que era alvo de malícia e má intenção das pessoas ao seu redor. As coisas boas e positivas que aconteciam eram sentidas como mero acaso; portanto, não eram sequer valorizadas. Ela não podia reconhecer o bom e o belo, por não se sentir merecedora. Além disso, trazia a convicção de que não conseguiria nada por conta do seu passado e que estava fadada a fazer cursinho para o resto da vida ou, então, a voltar a morar com a mãe e fazer Direito numa faculdade do interior. Eu costumava chamar essa sua convicção de “tese”, e a paciente se apegava, com unhas e dentes, em tudo o que podiam para defendê-la.

Apesar de todo esse sofrimento, que, muitas vezes, aparecia como forte desânimo e desejo de desistir de tudo, inclusive desdenhando do trabalho que realizávamos, ela não perdia as duas sessões semanais. Vivia com ela uma grande ambivalência: ligação e vida, ao mesmo tempo, desligamento e morte. Por muitas vezes, questionei o que me mantinha ligada à Bela - contratransferencialmente, sei que era a profunda empatia com seu sofrimento e, sobretudo, por me sentir guardiã de seu aspecto saudável, que queria viver e crescer.

Sobre o crescer, ou melhor, o medo de crescer, tenho uma hipótese. O pai não suportava a ideia de ver a filha crescer, pois, para ele, isso a levaria a ficar tão comprometida emocionalmente como sua mãe. Assim, parecia que, para ambos, seria um grande risco ter de “acordar” e tornar-se mulher e universitária. Bela permaneceu, então, fusionada a ele, sentindo-o velar seu sono e, inicialmente, sem condições de se engajar em sua análise. Bela Adormecida internalizou a fantasia paterna de que seria ameaçador demais crescer, sendo que essa fantasia também reforçava sua tese.

Mais uma ambivalência para nossa história - apesar do imenso medo do pai de ver a filha crescer, ele a entregou a mim, para que eu pudesse cuidar do despertar dela. Nessa proposta, eu seria a “companheira”, no percurso da Bela Adormecida, “a menina do papai”, como ela se autodenominava, até sua transformação em mulher, a Bela Acordada.

Mas como viver esse percurso de Bela adormecida para Bela Acordada?

4.1.1. A “barriga analítica” como lugar e tempo para o “renascimento psíquico”

Penso que, já na entrevista, se estabeleceu entre nós um fenômeno transferencial-contratransferencial-transferencial, em que pude sentir seu pedido para que despertasse, me chamando para o exercício da maternagem. Nesse caso, “[...] o analista/mãe mantém vivo, e em certo sentido traz à vida, os aspectos projetados do *self* do analisando/criança através da continência bem-sucedida das identificações projetivas” (OGDEN, 1995, p. 175).

Em outra ocasião, escrevi sobre o tema, destacando a necessidade de o analista ter espaço psíquico para receber, gestar e conter as identificações projetivas dos pacientes e processá-las, para, então, devolvê-las traduzidas em palavras que produzam vitalidade (ARAUJO, 2015). Para expressar essa função do analista, uso aqui a metáfora “barriga analítica”, que foi pensada a partir da experiência com Bela - ela precisava permanecer nessa barriga, para que pudesse ter a possibilidade de ser gestada e renascer psiquicamente transformada.

Reitero, mais uma vez, que minha paciente teve acesso a uma maternagem que funcionou por um tempo e pôde ser fonte de bom objeto para ela, mas o adoecimento psíquico da mãe que rondou a relação entre ambas, desde sempre, foi o ponto traumático que não favoreceu que Bela, uma vez tendo alcançado a posição depressiva, pudesse dar continuidade a sua elaboração, segundo Klein (1940, 1945). Além disso, considerando que ambos os

genitores são responsáveis por oferecer um ambiente seguro para o desenvolvimento da criança, o pai, ao se afastar da família, também falhou (WINNICOTT, 1957; 1962a; 1963a).

Cabe ao pai oferecer apoio moral à mãe, transmitindo-lhe segurança, o que afetará positivamente a criança; deve funcionar como uma figura de autoridade que sustente “a lei e a ordem que a mãe implanta na vida da criança” (WINNICOTT, 1957, p. 129). Somado a isso, para um desenvolvimento psíquico saudável, é preciso que a criança conviva com ambos os pais - para um deles será destinado seu amor e para o outro, o ódio. Essa dupla presença, segundo Winnicott (1957), tem uma função estabilizadora para o infante, ainda mais quando os ataques são dirigidos ao pai, e a mãe, figura mais amada, fica, de certa forma, preservada.

No caso de Bela, esse lar seguro não funcionou dessa maneira. A mãe não pôde ser essa figura amada e preservada, pois o pai não conseguiu se colocar nesse lugar de apoio, limite e norma. Penso que essa situação foi responsável pela não constituição de uma “atmosfera saudável” como um ambiente facilitador e de confiança, não só nos objetos primários – pai e mãe – mas também no próprio ambiente (BALINT, 1968 b, c).

Em função disso, minha paciente ainda vivia uma relação passiva de amor com os objetos em que precisava ser amada e cuidada, e não o contrário. Além disso, nessa forma de amor primário, que é muito exigente, Bela entendia que deveria ser cuidada, atendida em suas necessidades, amada, acolhida, desejada. Enfim, ela deveria receber sem oferecer nada em troca (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012a). Nesse sentido, entendo a raiva e o ressentimento que nutria pela mãe, pois não aceitava cuidar de uma mãe adoecida. Portanto, minha paciente adoeceu. Essa foi a Bela que chegou a mim. Uma menina indefesa, mas muito exigente.

Em nosso primeiro ano de trabalho, transitamos pela desorganização de Bela, por sua sensação de ser perseguida pela destrutividade da mãe, pelo amor oceânico sentido pelo pai e pela ausência de responsabilidade por suas ações: “eu estudei, mas é que a sala estava fria demais e eu tomei chuva; por isso, não fui bem no vestibular...”. Bela não percebia que fazia da mãe um depósito de sua destrutividade: “ela não pode me ligar que tudo dá errado, ela diz que eu não vou passar em nada”. O pai, diferentemente, era depósito de suas partes boas e idealizadas: “ele é tudo pra mim”.

Entendo a necessidade de se retomar a questão da idealização e da cisão, mecanismos de defesa utilizados por um ego rudimentar e sem condições de tolerar tensão, características da posição esquizoparanoide (KLEIN, 1946). Estava diante de uma menina que ainda vivia relações duais. E, portanto, não havia alcançado a triangulação, elaboração da posição

depressiva e conflitiva edípica. Caso tivesse alcançado, reconheceria que os objetos são tanto bons como maus.

Com essa cisão de mundo e objetos, Bela Adormecida parecia estar submetida a um superego que funcionava de maneira rígida e cruel. A cisão e projeção eram, então, mecanismos de defesa, evocados para lidar com a angústia que sentia, proveniente da ação de sua destrutividade sobre si e sobre o mundo externo (CINTRA; FIGUEIREDO, 2004). É possível pensar que a agressividade de Bela convivía com intensos sentimentos de culpa, de forma que ela não conseguia transformar a própria agressividade, de uma maneira vital, que pudesse ser usada para realizar suas tarefas.

Para que Bela atravessasse o “caos do seu mundo interno” e começasse a ter condições de viver o medo do desamparo, procurei oferecer-me como um objeto externo que a reassegurasse, continuamente, quanto à possibilidade de guardar seus bons objetos em segurança, de modo a se manter protegida da angústia de aniquilamento (KLEIN, 1948).

Foi necessário recriar, no ambiente analítico, uma atmosfera harmoniosa, em que Bela pudesse se sentir segura. Ela contava comigo para tudo. Em uma de nossas sessões, estava muito perdida com relação à organização de seu estudo. Assim, dizia que nunca sabia quais eram suas prioridades e que não conseguia “pintar todos os quadradinhos de tarefa do dia”. Isso a deixava angustiada, pois notava que suas colegas conseguiam tal proeza. Senti que ela me pedia para ajudá-la, concretamente, a se organizar, e lhe disse que, ao se comparar com as colegas, deixava de reconhecer qual era seu próprio ritmo e necessidade de estudo. Sua resposta quanto à possibilidade de usar nosso tempo de sessão para ajudar nos estudos foi positiva, mas não percebi ressonância para a segunda parte da interpretação. Assim, sugeri que me trouxesse, na próxima sessão, o material do cursinho, horário de aula e uma cartolina. Sentamos à mesa e começamos a organizar, para cada dia da semana, o horário de estudo e tempo destinado a ele, de acordo com seu ritmo.

Por um longo período de tempo, sempre que precisava faltar nas sessões, Bela me ligava para pedir autorização - respondia então que, no meu entendimento, ela precisava de meu aval para se sentir segura em sua decisão. Ela sempre me respondia com voz infantil e regredida que eu era tudo para ela. “Tudo” - essa palavra, novamente, me remetia a uma relação oceânica e ideal para comigo, identificando-se somente com as partes boas, gratificadoras e continentais – “você sabe tudo, vou perguntar pra você”. Logo, as ponderações feitas por mim eram tomadas como verdades e não eram questionadas. Além disso, solicitava-me fora do horário de análise – “não estou legal, você pode conversar comigo?”. Sentia que havíamos estabelecido uma ligação emocional que me permitia compreender a necessidade de sustentar, durante algum

tempo, as idealizações de Bela. Isso se verificava, pois ela ainda não tinha condições de entrar em contato com os objetos reais e com sua responsabilidade sobre eles, o que a encaminharia no sentido da elaboração posição depressiva e da situação edípica, vivendo de modo mais integrado e autônomo (KLEIN, 1952a; 1959).

O que estava em questão era regredir para progredir. Explico: ao buscar em mim, sua analista, as referências de organização de mundo interno, Bela regrediu a um modo de funcionamento, que pode ser pensado como semelhante ao que o bebê vive com a mãe, em termos de dependência absoluta, quando vigoram relações da ordem do pré-verbal. Por isso, a identificação projetiva foi um meio de comunicação imprescindível entre nós, como já mencionado.

Ao reviver isso na relação comigo, em quem passou a confiar, pôde obter provisão adequada para suas necessidades. Pude ser, para ela, uma “mãe suficientemente boa”, sustentando-a através de palavras – que estão para o leite como o analista está para o seio (BALINT, 1968g) - no momento adequado, compreendendo-a, em termos da profunda angústia sentida pela situação inicial de desespero. Entendo que, dessa maneira, pudemos recriar um novo ambiente.

Então, nesse primeiro ano de análise, fui continente e acolhedora para esta paciente, pensando na possibilidade de reinstalar objetos bons, por meio de uma presença implicada²⁶ e atenta. Assim, foi fundamental tolerar suas projeções idealizadas - boas e más – sendo para ela uma mãe compreensiva. Penso que agi terapêuticamente, ao conter seu terror em crescer e sua fantasia de que eu era ideal. Aos poucos, pude devolver-lhe o medo projetado em mim como algo mais tolerável, algo que ela pôde receber e manejar. Isso me remete ao conceito de *rêverie* de Bion (1962, p. 133): “A capacidade de *rêverie* da mãe é o órgão receptor da colheita das sensações que o bebê, através de seu consciente, experimenta em relação a si mesmo”.

Bela, em muitos momentos, não era capaz de colocar em palavras o que sentia, mas se expressava através do ressentimento, principalmente, com relação a sua mãe. Assim, realmente, foi a contratransferência que me auxiliou a ir traduzindo, gradativamente, sentimentos em palavras (BALINT, 1968j). Foi necessário deixar minha paciente falar dessa raiva, muitas e

²⁶Na presença implicada do analista, “[...] o espaço de análise é criado e mantido para que nele se efetuem as cooperações inconscientes do analisando, o que inclui, [...] a emergência das resistências. É neste espaço, portanto, que se “brinca”, ou se “sonha”, o jogo transferencial e contratransferencial, o analista deixando-se colocar na posição em que a transferência do analisando o deseja. Ao mesmo tempo, este é o espaço para que os jogos inconscientes de “faz-de-conta”, os jogos da transferência, possam ser interpretados mediante o confronto com *being himself* do analista, sua presença implicada e “real”, e o esclarecimento das raízes subjetivas e remotas disso que se passa em uma aparente atualidade” (FIGUEIREDO, 2008, p. 112).

muitas vezes. Em algumas ocasiões, procurava apontar que sua mãe só podia lhe oferecer o que tinha, dentro de suas limitações. A essa colocação, ela respondia com muita raiva e indignação.

Um episódio favoreceu a ampliação dessa ideia. Bela adoeceu e quem veio buscá-la para oferecer cuidados foi sua mãe, que, nas palavras de minha paciente, foi muito prestativa e zelosa. Essa experiência concreta abriu espaço para que minha paciente reconsiderasse a minha colocação, reconhecendo o que a mãe tinha condições de lhe ofertar. Algo havia mudado dentro dela!

Então, resolvi arriscar e avançar, no sentido de buscar uma relação não mais ideal e exclusivista. Foi quando pensei: preciso começar a falhar com minha paciente. Um exemplo disso foi quando, mais uma vez, me pediu autorização para faltar na sessão. Nessa ocasião, lhe disse que o espaço era dela e que poderia usá-lo como quisesse. Houve um silêncio na ligação. Depois dela, a resposta: “não gostei, mas nos vemos na próxima sessão”. Bela não gostou, mas eu sim. Era mais um sinal de que alguma coisa estava acontecendo; primeiramente, porque ela pôde dizer que não havia gostado da minha resposta, que antes era lei e também porque tomou sua decisão em não vir para sessão. Continuei falhando, na aposta de minha paciente caminhar no seu processo de integração, de modo a contribuir para a construção de um ego mais flexível, tolerante às angústias e à frustração, apaziguado. Também visava contribuir para a transformação do superego exigente e tirano em um superego protetor. Assim, entendo que Bela poderia flutuar entre a posição esquizoparanoide e a posição depressiva (KLEIN, 1946; 1952a, b).

Essas pequenas transformações que notei no final do primeiro ano de análise me ajudaram a compreender a primeira impressão que tive na entrevista: a de que existia, ao lado do seu aspecto letárgico, outra presença potencial, a que dei o nome de Bela Acordada. Foi essa potencialidade que alimentou a minha *rêverie* de ser sua ‘barriga analítica’, buscando auxiliá-la, no renascimento dos seus recursos emocionais, no sentido de lidar com a vida.

Essas experiências prepararam o terreno para o segundo ano de análise, em que houve espaço no ambiente analítico e no mundo interno de Bela, para pensar sobre seu temor de ficar tão perturbada quanto era sua mãe e sobre a superproteção do pai. Nesse momento, a paciente estava com a mesma idade da mãe, quando esta teve seu primeiro surto. Esse assunto foi recorrente nas sessões e, então, pudemos falar do quanto ficar como uma “menininha do papai” – deixando que ele tomasse todas as decisões sobre sua vida -, de certa forma, já era adoecer. Esse assunto a deixou bastante assustada e, conseqüentemente, incomodada com a posição em que fora colocada. Nessa posição regredida, Bela somente poderia sonhar o sonho do pai, que era de sua filha não crescer.

Embora essa percepção do “sonhar o sonho do pai” a tivesse atormentado por um tempo, Bela queria mais que isso para sua vida. Assim, apareceu um desejo de crescer, também motivado pelo namoro com um garoto, que aqui chamo de João, iniciado quando estávamos no nono mês de trabalho.

Notava oscilações entre estados de desorganização e a tentativa de se organizar. Bela também começou a perceber seu próprio movimento – “fiquei tão brava com a minha colega de quarto que ficou colocando a culpa no metrô que a deixou nervosa e, por isso, não fez a prova do vestibular. Parece eu há algum tempo, quando ficava procurando desculpas para não dar conta do meu fracasso”. Nesse momento, procurei salientar os recursos que possuía para se organizar. Percebi que começou a acreditar em sua capacidade e a pensar no que conversávamos, em análise. Tanto que, certa vez, me disse: “estava pensando, no banho, no que conversamos e...” -, revelando que fui levada para casa, como pensamento, o que significa que a análise ecoou. A analista, com quem precisava contar concretamente, se transformou num objeto interno.

Nessa mesma ocasião, aconteceu uma nova tentativa de vestibular, que não deu certo. Fui tomada contratransferencialmente pela preocupação de que Bela não suportaria essa frustração. Entendo que fui a fiel depositária dos seus medos. Quando saiu o resultado, veio ao consultório, abalada pela notícia, mas, contando com um ego mais fortalecido, disse: “vou para o quarto ano de cursinho, mas vou diferente. Vou encarar de frente! Achei que eu não suportaria passar por isso de novo. Tá doendo, mas eu vou em frente”.

Assim, Bela Acordada passou a contar um pouco mais consigo mesma e começou a suportar melhor a angústia de separação, que aparecia nos intervalos entre as sessões. Isso foi ficando claro, quando, por exemplo, solicitações fora do horário de análise diminuíram. Com isso, ela passou a guardar a analista e outros bons objetos dentro dela, sem estar “colada” neles.

Neste movimento, entendo que minha paciente estava renascendo. Vivemos a regressão e permanecemos numa relação dual e ideal que foi fundamental para que ela pudesse retornar à falha dos objetos primários e, então, reviver com o objeto analista uma relação em que suas necessidades pudessem ser compreendidas e atendidas. Logo, Bela pôde ir “desmamando” da analista, e outros objetos entraram entre nós. Passamos a uma relação triangular, que nos possibilitou revisitar as vivências edípicas. Isso foi marcando uma despedida de uma relação ideal consigo mesma e com os objetos. Nesse sentido, um luto começou a ser experimentado, enquanto possibilidade de separação.

Nesta ocasião, ela trouxe para sessão a lembrança de como sua mãe cuidava dela e do pai, quando ela era bem pequena. Essa lembrança surgiu quando questionou, pela primeira vez,

a organização da casa paterna, mencionando que, se ela não tomasse à frente, nem água eles teriam para beber... Questionei-a sobre a origem dessa condição de cuidado frente à desorganização do pai. E, então, ela se lembrou de sua casa enquanto criança e da preocupação da mãe em lhes oferecer um “lar”. Pudemos pensar juntas sobre como seus ideais estavam sendo relativizados. Ora, seu pai tinha falhas e sua mãe qualidades. Portanto, eles podiam ser vistos como seres humanos, em que os bons e maus aspectos coexistem!

Ao final do terceiro ano de análise, Bela pôde abrir mão de sua ideia fixa de que somente se realizaria, se cursasse uma determinada universidade. Ampliou seu leque de possibilidades, pois o seu maior desejo passou a ser sair do cursinho. Finalmente, entrou em uma faculdade e me pediu longas férias. Retornou depois de seis meses, na mesma época em que estava terminando o seu namoro com João.

Naquele momento, percebi uma dor bastante grande, frustração e raiva de si e do ex-namorado. Apesar disso, Bela conseguia pensar e tentar compreender a situação, ainda que a intensidade dos sentimentos, por vezes, turvasse sua visão - “eu criei um João para mim e hoje sinto muita raiva, por não ter percebido quem ele era”.

Passaram-se alguns meses, durante os quais o tema de nossos encontros foi a relação com João. Em meio a isso, aparecia uma Bela Acordada e viva, na universidade, realizada com sua escolha. Já a relação com as figuras parentais parecia mais real – o pai estava menos idealizado, e ela se mostrava menos hostil em relação à mãe.

Vale ressaltar, no entanto, que nove meses depois, justamente no momento em que Bela estava mais organizada, ocorreu a morte inesperada e abrupta de sua mãe. De início, percebi uma cisão, como forma de defesa – “foi melhor assim, minha mãe estava sofrendo muito e me fazendo sofrer também”. Com o passar do tempo, pôde entrar em contato com a perda e a impossibilidade de revertê-la. Minha paciente passou a resgatar memórias de uma mãe boa, aquela que ficou ao seu lado, mesmo muito doente, esperando seu crescimento. Segurou sua dor e sofrimento, até que a filha despertasse para a vida e se encaminhasse. Novamente, notamos que os objetos foram ficando mais reais e menos idealizados, do ponto de vista positivo ou negativo.

Todo esse percurso que fizemos juntas ajudou-me a encontrar o meu estilo de trabalho como psicanalista. A implicação e a presença, no sentido de atender suas necessidades tão primordiais, ser para ela um bom objeto e estar na relação como figura parental de referência, de modo a promover um ambiente analítico de sustentação e confiável, me levaram a acolher Bela nessa “gestação analítica”. E, então, pude acompanhar seu renascer!

4.2 DO PEQUENO PRÍNCIPE A GABRIEL

Gabriel foi um paciente que acompanhei por bastante tempo, em dois ciclos de análise. O processo de regressão foi difícil de acontecer, pois, para ele confiar nos objetos, era uma questão muito delicada. Começamos seus atendimentos aos seis anos e ficamos juntos até seus nove anos e meio, quando o pai precisou interromper o processo. Retornou aos doze anos e teve alta dois anos depois.

O encaminhamento para o primeiro ciclo de análise ocorreu em função de a escola em que estudava à época não estar conseguindo compreender seus “acessos”. Gabriel não conseguia ficar dentro da sala de aula. Ele corria pelo pátio, desesperado, como se fugisse de alguma coisa ou alguém. Essa agitação desmedida foi o que marcou sua chegada ao consultório.

O pai, na ocasião da entrevista, contou da morte da mãe de Gabriel, quando ele estava próximo dos três anos de idade. O relato do pai foi tão dolorido que parecia que tudo tinha acabado de acontecer. O sofrimento esteve presente na vida de pai e filho, desde sempre. Explico o que quero dizer. Gabriel foi desejado, mas sua chegada foi marcada por um misto de alegria e ameaça de morte. Sua mãe ficou hospitalizada, durante grande parte da gestação.

Ao nascer, o pequeno Gabriel permaneceu por três meses na UTI Neonatal, sem intercorrências. Enquanto lá esteve, seus pais participaram cotidianamente, mas era a mãe quem permanecia mais tempo no hospital, para as visitas e aleitamento. Também foi ela quem cuidou de seu bebê, durante os dois primeiros anos de vida. O pai lembra-se desse período, após a alta, como um momento feliz da família, pois, segundo ele, havia uma alegria no ambiente familiar. Ele contou que pôde acompanhar e vivenciar uma notória dedicação da mãe para com o filho. Entendo que essa dedicação da mãe foi fundamental para instalar o bom objeto em segurança para meu paciente (KLEIN, 1940; 1945). Podemos dizer que ambos os pais se dedicaram a oferecer um ambiente seguro, um verdadeiro “lar”, no sentido winnicottiano (WINNICOTT, 1957).

Esse período de felicidade, alegria e de um ambiente seguro não durou muito, pois, quando meu paciente estava com dois anos, sua mãe descobriu um câncer em estado avançado. Passou por cirurgia, quimioterapia e radioterapia, e faleceu dez meses após o diagnóstico. Durante o tempo em que sua mãe esteve em tratamento, Gabriel ficou sob os cuidados de sua avó e de tia maternas. A tia dedicava um amor imenso ao sobrinho, a ponto de ter dificuldade

em estabelecer limites e de se fazer respeitar. Elas tinham muita pena da perda de Gabriel. Então, o viam como “coitadinho”.

A morte da mãe foi tão traumática, para essa família, que todos se desorganizaram nas funções de cuidado. O pai, por algum tempo, ficou sem condições emocionais de cuidar do filho cotidianamente. Assim, ele continuou sob atenção da família da mãe, embora o pai sempre procurasse estar presente. Então, o ambiente familiar falhou, no momento em que “deveria” acolher e conter o pequeno menino, em suas necessidades emocionais e físicas.

Reitero que essa situação traumática, e dramática, fez com que os familiares se sentissem perdidos, em seu luto, o que pode ter contribuído para que falhassem nos cuidados com Gabriel. Eles acabaram sendo insuficientes e, ao mesmo tempo, excessivamente intrusivos (BALINT, 1968e). As reais necessidades de Gabriel ficaram perdidas nesse “coitadinho”, que não podia ser frustrado e, então, era supercompensado. Entendo que ele precisava de alguém que olhasse para ele, desvinculando-o da perda real e cabal que havia sofrido, e pudesse atender as necessidades e desejos de uma criança na sua idade.

Quando Gabriel estava com seis anos, o pai se casou novamente e pôde trazê-lo para o convívio diário com a nova família - mais um período de adaptação para o meu paciente. A madrasta tentou, então, acolhê-lo, enquanto o pai ainda permanecia como coadjuvante nos cuidados. Ela abraçou a causa familiar com muita intensidade; entretanto, parecia haver uma expectativa de sua parte, no sentido de que o pai estivesse mais presente e a auxiliasse nos cuidados com os filhos, pois, cada um deles trazia um filho, para a nova família. As dificuldades cotidianas aumentavam entre o casal, e meu paciente parecia ser o “pivô” de muitos desentendimentos.

Percebia, em sessão, que, quanto mais o ambiente familiar se desorganizava, mais meu paciente demandava ao pai e à madrasta. Essa me parecia sua maneira de tentar reuni-los em torno dele, mas o efeito não foi esse. Então, pouco tempo depois, a relação do casal se tornou insustentável, e a madrasta acabou deixando pai e filho. Foi mais uma perda para a coleção de ambos. Entendo que Gabriel demandava no sentido de obter amor e segurança, pois, mais uma vez, seus objetos estavam ameaçados e, conseqüentemente, seu ambiente também. Tal situação me remete ao funcionamento onofílico em que um impasse se faz presente (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012e). O objeto fonte de segurança em que se quer agarrar, ao mesmo tempo, é fonte de risco em função da ameaça de perda. O que se busca, desesperadamente, é amor e segurança.

Penso que meu paciente buscava justamente isso, mas não compreendia que sua forma de agir e se comportar acabava sendo agressiva e, portanto, colocando sua relação com os objetos em risco.

Todo esse relato demonstra como Gabriel chegou à análise e como foi nosso começo. Sua entrada da “terra analítica” foi intensamente marcada pela perda da mãe e, conseqüentemente, pela desorganização do ambiente familiar. Vamos adiante, pois temos muito a conhecer do Pequeno Príncipe.

4.2.1 O “Pequeno Príncipe” e seu encontro com a “terra analítica”: formas de nascer e renascer

Se tu vens, por exemplo, às quatro da tarde, desde as três começarei a ser feliz. Às quatro horas, então, estarei inquiet[o] e agitado[o]: descobrirei o preço da felicidade! Mas se tu não vens a qualquer momento, nunca saberei a hora certa de preparar o coração (SAINT-EXUPÈRY, 1989, p. 71).

E se você não vem? E se você não volta? Você está demorando.... Hum... você não voltou... o que eu fiz de errado? E, agora, o que faço com minha expectativa e com a necessidade de ser cuidado por ti? O que faço com essa profusão sentimento que não entendo, apenas sinto e coloco para fora? Fico agitado, inquieto, me torno indesejado...

No que aqui denomino primeiro ciclo de análise, Gabriel se apresentava confuso, agitado e com muita necessidade de acolhimento. Assim, o tema de nossas sessões girava em torno das perdas sofridas por meu paciente, das dificuldades de adaptação escolar, familiar, de socialização e da necessidade que ele tinha de cuidado, segurança e proteção. Na sessão, eu o percebia como menino indefeso e carente, buscando estabelecer comigo uma forma de relação afetiva que lhe desse segurança e contorno. É preciso salientar que conseguia perceber, contratransferencialmente, seu pedido de cuidado e proteção. Sentia que havia uma grande falha dentro dele, uma “falha básica”, e que precisava ser corrigida. Mais uma vez, senti o peso de minha responsabilidade como sua analista - ao menos eu não poderia falhar, ao lhe oferecer cuidado (BALINT, 1968e). Trata-se mesmo de um grande desafio para o analista, pois, por um tempo, ele precisa se sustentar nessa posição idealizada, mas, para que o processo analítico caminhe, necessita sair gradativamente desse lugar.

Esse pedido de cuidado ficava muito claro, quando, em sessão, ele procurava contato físico comigo. Era comum procurar meu colo para se sentar e se aninhar. Percebia que essa procura sinalizava sua necessidade de aconchego, contorno e segurança. Essa necessidade, num primeiro momento, expressava-se como física e concreta, mas, observei que significava mais do que isso. Entrei em contato com seu mundo interno, povoado por uma intensidade de emoções que muito o perturbavam, com sua sensação de estar só e indefeso, frente a isso que era vivido como terror.

A ameaça de perder esteve sempre presente em sua vida, como já mencionado. Gabriel, que já a experimentara desde a gestação, foi vendo-a crescer com as sucessivas perdas que viveu. O bom objeto, apesar de estar instalado pela presença de sua mãe em sua vida e do pai ao lado dela, ficou muito ameaçado. Tal situação corroborou com sua fantasia de ser responsável por destruir tudo o que tocava e, ainda, não reconhecer as coisas boas que aconteciam em sua vida. Elas eram, de certa forma, desprezadas ou compreendidas como mero acaso.

Notei que a presença concreta da analista era sentida como algo que o acalmava. O lugar ocupado, então, correspondia ao de uma mãe que consegue compreender, pela identificação projetiva (ARAÚJO; CINTRA, 2016), o que o bebê lhe comunica bruta e que tem sua capacidade de *rêverie* em funcionamento, para pensar os pensamentos que a criança, naquele momento, não consegue (BION, 1959; 1962). Assim, fomos narrando juntos esses sentimentos e as percepções que eu tinha dele. Reitero que a contratransferência me guiou no exercício da maternagem. E, quando isso acontecia, e meu paciente se sentia compreendido e atendido, parecia se acalmar. Essas vivências lançaram sementes para se estabelecer um ambiente analítico seguro, no sentido de Gabriel, então, pudesse regredir para progredir, mas isso não foi fácil.

Assim, sentia-me identificada com sua mãe e fui notando, cada vez mais, que ela tinha funcionado como um “bom objeto”, no sentido de ter recebido empaticamente as projeções das emoções de Gabriel quando bebê, de modo a funcionar como uma boa tradutora e intérprete (BION, 1962). Isso significa que, tanto os afetos amorosos, quanto os agressivos, puderam ser acolhidos (KLEIN, 1952a), o que ajudou Gabriel a pedir ajuda, sem palavras, a partir de seus precários recursos.

Mais uma vez, recorro a Klein (1955) para fundamentar esse pensamento/sentimento contratransferencial, com relação à presença de algo bom em Gabriel. Ele se identificou com o objeto bom e pôde ampliar essa relação que teve, no início, com a mãe para outros objetos, também de maneira amistosa. Isso facilitou, neste primeiro momento de vida, que seu mundo interno tivesse “objetos e sentimentos bons” que respondiam amorosamente a ele, trazendo-lhe, mesmo que timidamente, a sensação de confiança e segurança. Até a morte da mãe, meu paciente parecia estar num caminho de desenvolvimento psíquico e de recursos do ego saudável. Penso que ele chegou à posição depressiva e situação edípica, mas não pôde elaborá-las, em função de sua perda (KLEIN, 1940; 1945).

Após essa digressão, voltemos ao caso. Nesse período do primeiro ciclo de análise, sua tia materna trazia Gabriel para as sessões. A relação entre eles era tumultuada. Ela fazia de tudo

para agradar o sobrinho, inclusive, providenciava lanchinhos apetitosos. Era comum, no entanto, que meu paciente comesse com relutância. Nesses momentos, chegava a ser hostil para com sua tia, sendo que ela, por sua vez, nada fazia para limitar essa agressividade. Reitero que essa relação era permeada pelo “coitadinho”. Eu ficava muito intrigada com essa forma de eles se relacionarem, pois, ao não construir e estabelecer limites, ela, sem perceber, confirmava que Gabriel podia fazer o que bem entendesse, reforçando sua agressividade, de certa forma. Novamente, o ambiente falhava no exercício de suas funções de cuidado.

O curioso é que, em sessão, isso não acontecia. Ele, quando apresentado aos limites, conseguia se organizar. Por exemplo: combinei que sempre no início dos atendimentos iria lhe mostrar o relógio, sinalizando quanto tempo teríamos juntos. Percebia que ele se organizava melhor e, até mesmo, me perguntava quanto tempo tinha até acabar. Assim, conseguíamos terminar a sessão em cinquenta minutos. Outro exemplo: quando queria jogar, solicitava que lesse as regras para ele e, no início, queria mudá-las ao longo do jogo. Quando combinamos que iríamos estabelecer nossos acordos, antes de iniciarmos o jogo, e não durante, ele conseguiu receber e acolher nosso trato.

Assim, notava que Gabriel precisava de um ambiente mais organizado, que lhe transmitisse, então, limites que seriam lidos por ele como segurança e confiança. Essa passagem me remete a Winnicott (1954a), quando afirma que o ambiente, na situação de análise, precisa oferecer provisão adequada para que o paciente possa, então, regredir. E o regredir aqui é considerado como uma nova chance, no sentido de promover um novo desenvolvimento emocional, que não foi possível pela falha inicial.

Durante esse primeiro ciclo de análise, fui chamada na escola algumas vezes. Nessas ocasiões, era comum relatarem o quanto ele era carente e precisava e demandava atenção. Apesar disso, quando recebia atenção, abusava, até mesmo desrespeitando as pessoas que o atendiam. Tal fato me faz pensar na repetição do que vivia em seu ambiente, pois, como mencionado acima, ele recebia o lanchinho preparado pela tia e era hostil para com ela. Havia uma ambivalência na forma de se relacionar: agarrar - no sentido de grudar - e soltar, no sentido de empurrar para fora.

Depois, começou a apresentar várias atitudes transgressivas, que, no entendimento da escola, eram formas de chamar a atenção da família. Embora a escola não soubesse, a família, naquele momento, estava em dificuldades, como já foi mencionado acima. Então, ele se desorganizava ainda mais, quando percebia seu entorno confuso e inseguro, o que piorava o ânimo no ambiente familiar. Esses comportamentos de Gabriel podem ser compreendidos como atuações. Ele não era capaz de colocar em palavras o terror que sentia, então, ele atuava.

Entendo que meu paciente funcionava pré-verbalmente, mais uma característica de pacientes com “falha básica” (BALINT, 1968e).

Hoje, refletindo sobre isso, penso que sua fragilidade interna era tão grande que qualquer oscilação do ambiente era sentida como ameaça à sua integridade física e mental, em função da falha dos objetos primários, após a morte de sua mãe. Gabriel precisava de amparo e continência. E, nessa ocasião, notava que a relação que mantinha comigo era a de vínculo e segurança. Reitero que a analista precisava ser, para ele, um “bom objeto”, que estivesse a salvo e protegido, com quem pudesse contar, no sentido de suportar as falhas do ambiente e o processo de luto. Eu notava, contudo, que Gabriel vivia nossa relação como idealizada, ou seja, tudo de bom era vivido em análise e, nesse espaço, nada de ruim ou de errado poderia chegar, para não “destruir” o que vivíamos ali. Para que o processo de regressão à área da falha básica acontecesse, foi necessário que eu sustentasse e mantivesse essa relação idealizada, atendendo suas necessidades e lhe oferecendo um ambiente seguro, em que pudesse confiar (BALINT, 1968e; 1968f). Então, precisamos reviver uma relação dual e ideal. Nesse mesmo sentido, Winnicott (1963a) afirma que é preciso regredir à dependência absoluta inicial, para se produzir, em análise, as experiências de maternagem da primeira infância.

Eu notava que a presença do pai era fundamental para o ambiente seguro. Então, comecei a solicitá-lo nas sessões, com o intuito que ele pudesse assumir os cuidados do filho, mas isso não aconteceu. Ainda era difícil sair da posição de coadjuvante e assumir seu lugar na vida do filho. Percebia sua dificuldade de conciliar suas próprias demandas, em função da perda da primeira esposa, com as de Gabriel e de sua nova família que se constituía com o segundo casamento. Então, em meio a tantas solicitações, o pai interrompeu os atendimentos, depois de três anos e meio de trabalho, quando ele estava com nove anos e meio. Tal interrupção me preocupou muitíssimo, pois, naquele momento, Gabriel não me parecia em condições de caminhar sem apoio. Hoje, entendo que demandei além do que o pai podia, me colocando como mais uma mulher a solicitá-lo...

Nosso segundo ciclo de análise teve início em fevereiro de 2013, quando Gabriel retornou aos doze anos. O pai me procurou, queixando-se do fato de o menino não obedecer a regras e limites, além da agressividade e intolerância à frustração. Ele já havia sido convidado a se retirar de duas escolas, e era comum se colocar em risco de repetir de ano, principalmente, pela dificuldade de se manter atento e concentrado em aula, além de não fazer as lições e nem estudar. Depois da conversa com o pai, encontrei-me com Gabriel e lhe apresentei sua caixa lúdica que havia ficado comigo, pois não tivemos tempo para um último encontro na ocasião da interrupção. Ele olhou cada coisa que estava em sua caixa e ficou surpreso e espantado, ao

perceber que tudo o que era seu esteve guardado em sua ausência. Ele disse: “Você guardou tudo!”. Sim, eu havia guardado Gabriel em mim, e ele notou isso. Penso que o fato de ter recuperado o objeto analista e ter se dado conta de que eu o havia guardado em mim fez diferença para meu paciente.

Abrimos a caixa e ele foi reencontrando o material que havíamos confeccionado juntos e, também, os brinquedos. Lá estavam os aviões que havia feito na época em que seu pai viajara em lua de mel. Ele pegou um dos aviões, leu o nome dos passageiros, lembrando-se do motivo pelo qual havia feito tal objeto. Então, pusemos novamente os aviões para voarem na sala. Revivemos esse momento juntos e iniciamos uma nova fase de análise, que denomino segundo ciclo e que durou três anos.

Nesse novo período de análise, fui à escola algumas vezes, por conta de confusões de Gabriel com professores e direção. Nos primeiros dois anos de trabalho, não era comum meu paciente trazer para sessão o que havia acontecido no colégio. Era o pai quem me ligava e contava da suspensão ou advertência e me pedia para ir à escola, para saber melhor o que estava acontecendo. Assim, eu era a última a saber, mas a primeira a ser solicitada a agir. O pai, ainda com muita dificuldade de ajudar o filho, continuava solicitando figuras maternas substitutas.

Com o tempo, fui percebendo que esses comportamentos de Gabriel eram uma forma de comunicar a necessidade da presença paterna. Então, fui incluindo o pai nas reuniões, para que ele também entrasse em contato com a situação. Buscava, assim, convocá-lo para assumir e implicar-se cada vez mais nas questões do filho, sempre me colocando como parceira nessa tarefa. Novamente, introduzia a figura paterna na relação para com o filho. Dessa vez, com mais sucesso, pois o pai começava a conseguir resgatar seu lugar na história do filho. De modo que eu podia contar com ele, para introduzir limites, normas e regras. Somado a isso, muito amor (WINNICOTT, 1957).

Durante as sessões com Gabriel, quando o questionava sobre o que havia acontecido, percebia que ele sempre se colocava como vítima, evitando se responsabilizar por suas atitudes. O “coitadinho” continuava presente. De fato, meu paciente era inteligente e pensava que podia resolver tudo pela sorte! Assim, criava uma versão dos fatos, sempre favorável a ele, e acreditava piamente nela. O fato de ser inteligente contribuía sobremaneira para criar situações em fantasia e acreditar nelas, como se fosse um pensamento mágico: “imagino, logo, existe!”. Assim, entendia que não precisava se esforçar para alcançar seus objetivos, era só fantasiar.

Nesse momento do processo de análise, Gabriel permanecia grande parte do tempo no *videogame*, jogando *online* com pessoas que nomeava como “amigos”. Alguns eram de sua escola e outros, não conhecia. Preferia o *Playstation* ao contato social... Ao mesmo tempo,

contava-me situações de ligação com o outro, como no dia em que ajudou uma colega que não estava bem e ficou com ela todo o tempo, durante o passeio: “alguém precisava cuidar dela!”. Nesses movimentos de sair de si para estar com o outro e ajudá-lo percebia uma mudança em meu paciente, significando que podia reconhecer o outro como diferente dele e com necessidades próprias, sinal de amadurecimento.

Apesar de algumas conquistas, no entanto, era difícil Gabriel entrar em contato com o sofrimento de ter perdido a mãe, com a desvitalização do pai ou com qualquer realidade que sentisse como difícil. Sua ‘saída’ era se desligar, repetindo: “tudo bem” ou “tanto faz”. Tinha dificuldade de estabelecer vínculo com seus colegas de escola e, quando isso acontecia, era difícil mantê-lo. Durante o primeiro ano de trabalho, era comum apresentar-se sonolento nas sessões, dizendo: “as pessoas cuidam de mim, apenas porque meu pai paga”. Nesse momento, disse a ele que, realmente, ninguém seria capaz de cuidar dele como sua mãe o foi, mas que eu estava ali para lhe oferecer o que eu tinha de melhor. E, ainda, que ele tinha medo de perder as pessoas com as quais se vinculava. Sendo assim, já que corria o risco de perder alguém, mandava embora antes, como uma defesa para evitar sofrimento. A ambivalência estava sempre presente, vincular e afastar.

Apesar disso, eu notava que ele queria estar comigo. Um exemplo: certa vez, contei-lhe que, dentro de quinze dias, mudaríamos de consultório. Então, na última sessão em nosso antigo espaço, Gabriel me perguntou quem seria atendido depois dele. Respondi que ele era o último atendimento, antes da mudança. Então, me respondeu: “Vamos! Eu quero te ajudar a guardar tudo daqui”. Entendi que era importante para meu paciente participar da arrumação, para garantir que não seria esquecido, abandonado ali. Disse isso a ele, que sorriu, em resposta a minha interpretação.

Fui então até a outra sala, onde estavam guardadas as caixas e malas, que ele ainda não tinha visto e que seriam utilizadas para armazenar meus pertences. Começamos, juntos, a arrumar tudo! Quando fechamos a última mala, ele disse: “Pronto! Agora está tudo em ordem e posso ir embora!”. Ressaltei que, dessa forma, ele havia garantido que seria levado comigo para onde eu fosse. Penso que esse ser levado comigo ainda denotava sua necessidade de funcionamento dual e idílico, em que precisava garantir sua permanência em mim e eu nele. Mais uma vez, entretanto, esse movimento indicava sua percepção do outro, como separado dele e com quem desejava contribuir. E, ainda, esse episódio e o outro, em que ajudou a colega que estava mal, mostram o seu desejo de dar uma contribuição, cuidando de alguém que está precisando ser cuidado. Trata-se de uma introjeção dos cuidados recebidos, em sua análise, que fizeram renascer os cuidados iniciais recebidos por sua mãe. Assim, ele tinha uma predisposição

para cuidar de pessoas que precisavam, revelando uma identificação com a posição da mãe e da analista, como figuras cuidadoras de referência²⁷.

Apesar de momentos de proximidade e de vínculo, percebia que, muitas vezes, como forma de evitar contato com questões que lhe causavam sofrimento, Gabriel escolhia um jogo para colocar entre nós. Isso sempre acontecia, quando ele havia “aprontado”. Fui respeitando seu limite, mas notava que se tratava de uma defesa bem organizada, que precisava ser trabalhada.

Mesmo a analista sendo tomada como bom objeto e, em alguns momentos, ele podendo confiar no ambiente analítico, Gabriel permanecia cindindo os objetos e idealizando as relações, mantendo as confusões e sua agressividade fora da análise, apenas se manifestando no colégio e no ambiente familiar. Muitas vezes, tentei trazer esse assunto para sessão. Ele ficava em silêncio e não respondia. Assim, o ambiente analítico continuava protegido pela presença da cisão e idealização, características de um funcionamento esquizoparanoide (KLEIN, 1946). A confiança no ambiente analítico era facilmente perturbada; assim, regredir para progredir era uma tarefa árdua!

O início do primeiro semestre de 2015 foi muito tumultuado. Rapidamente, reapareceram as confusões com colegas e professores. Notei que Gabriel regrediu bastante no período de férias; isso me levou a pensar que o bom objeto só se fazia presente, se ele estivesse colado nele. O pai, cansado e desapontado, me ligou dizendo que estava bastante aborrecido com o comportamento do filho. Então, retomei nossas conversas a três. Estávamos novamente tentando a passagem de relações duais para triangulares.

Nessa sessão, Gabriel comentou que fazia tudo aquilo para chamar a atenção do pai e, também, dizia que “não era bem assim como a escola havia contado”, novamente tentando se colocar na posição de vítima. O pai pôde dizer, nesse dia, a sua maneira, o quanto se preocupava com o filho, reafirmando que tudo o que fazia era nesse sentido. E, então, decidi retirar totalmente o *videogame*, como castigo e estabelecer limites mais rígidos, diminuindo os presentes. Sugeri que o castigo tivesse um tempo determinado, para que não fosse algo que, mais tarde, ele mesmo não pudesse sustentar com o filho.

O velho “coitadinho” se fez presente, novamente; no entanto, dessa vez, não era para reavivar a perda da mãe, e, sim, para chamar a atenção do pai. Percebi um novo medo em Gabriel, de crescer e perder seu pai. Mais uma vez, o temor do desamparo estava entre nós. Pude falar com Gabriel sobre esse medo de perder seu pai e o quanto ele tentou mantê-lo vivo,

²⁷Figueiredo (2007) discorre sobre as funções de cuidado, no texto *A metapsicologia do cuidado*.

através de suas “traquinagens”. Salientei que havia um dado novo na sessão. Meu paciente pôde falar de seus sentimentos com seu pai. Isso demonstrou um novo movimento da análise, mas ainda era difícil confiar no ambiente analítico.

Notei também que Gabriel percebeu o efeito de suas atitudes em mim e em seu pai, e ficou nítida a preocupação em não me desapontar. A analista ainda permanecia como “objeto ideal”. Logo que o pai saiu da sala, veio para perto de mim, todo gentil e carinhoso. Mesmo ainda estando para ele como objeto ideal, decidi arriscar uma interpretação direcionada para um paciente mais maduro. Então, eu lhe disse que o comportamento dele fora da análise, em que se colocava em situações de risco, me parecia ter um objetivo. Como se ele quisesse provar que nosso trabalho não funcionava e, assim colocava em questão sua permanência em análise. Acrescentei, ainda, o fato de que me parecia ter uma ligação com sua fantasia de que, se nem mesmo sua mãe sobrevivera a seus ataques, ninguém seria capaz de sobreviver para cuidar dele. Gabriel ficou calado e nada respondeu.

Estava desapontada, triste e com raiva. Não deixei de manifestar meus sentimentos nessa sessão. Cheguei a me questionar: será que eu sobreviveria a tantas provações que apareciam como ataques? Pensando sobre esse momento, entendo que fui contaminada por sua fantasia onipotente, no sentido de destruir tudo o que lhe oferecia cuidado. Hoje, penso que Gabriel tinha uma forma muito exigente de ser amado e tudo o que não correspondia a isso era alvo de ataque e retaliação. Ele queria amar, sem nada oferecer em troca e, de quebra, atacar sem ser atacado.

Na verdade, demorei a perceber que interpretar não ajudava tanto Gabriel a caminhar, no sentido de um desenvolvimento psíquico saudável. Era necessário deixá-lo repetir a sua situação traumática, ou seja, permitir que revivesse sua fantasia de que ninguém suportaria ficar com ele, pois sua mãe não havia suportado. Era necessário deixá-lo, na presença do analista, chamar à baila seu ódio, ressentimento e agressividade (BALINT, 1968g). Mesmo sofrendo ataques e podendo ser sentida como objeto incompetente e mau, não mudei a qualidade da minha relação com ele. Assim, entendi que Gabriel poderia perceber que isso era fruto de sua fantasia. E, então, aos poucos seria possível recuperar a confiança nos objetos e no mundo. Tratava-se de uma aposta.

Para isso, Gabriel precisaria renunciar a esse modo de funcionar e se lançar ao novo, mas esse novo significaria perder. O que estava em questão era abandonar o lugar de “coitadinho” e a relação exclusivista e ideal, com o pai e a analista. Para isso, ele precisaria aceitar que tinha uma existência separada dos objetos e os objetos, por sua vez, teriam dele (FIGUEIREDO, TAMBURRINO, RIBEIRO, 2012e). Isso marcaria o renascimento psíquico

de Gabriel; mas ainda tínhamos um caminho a percorrer, no sentido de conquistar o bom objeto internamente.

Em meados de junho de 2015, Gabriel foi suspenso, por jogar bola, numa área em que essa prática não era permitida, e por desrespeitar o professor que o repreendeu. Gabriel era aficionado por futebol e, durante as sessões, era comum pedir que eu jogasse com ele, ou que lhe observasse fazer embaixadinhas. Por conta dessa suspensão, perdeu uma das avaliações de final de semestre. Também nessa ocasião, soube do ocorrido através de uma do pai. Havia percebido uma mudança de comportamento na sessão, pois, em tempos de confusão na escola ou em casa, ele propunha que jogássemos detetive. Era sua forma de me dizer que tinha alguma coisa a ser descoberta, mas que eu teria de investigar. A confiança na sobrevivência do objeto analista ainda estava em questão.

Em setembro do nosso terceiro ano de análise, outro episódio me levou à escola. A coordenadora, que até então era acolhedora e compreensiva, se mostrou de outra maneira. Ela me avisou que ele não receberia a matrícula para o ano seguinte e que, quando foi avisado sobre isso, disse que o pai dele “já estava procurando outra escola”. Penso novamente que Gabriel se defendeu de mais uma possível perda, que, de alguma maneira, ele mesmo havia provocado. Nesse encontro, sugeri que a escola fizesse um acordo com ele e com seu pai, condicionando a matrícula a um bom comportamento, até o final do ano. Propus que o acordo fosse formalizado com a assinatura de um documento, em que ele se comprometia a respeitar a si, aos colegas e aos professores. Essa foi uma tentativa de um duplo compromisso: de Gabriel consigo mesmo e de seu pai e da escola para com ele. Entendo que, quando sugeri esse acordo, estava apostando num Gabriel um pouco mais organizado que vinha aparecendo nas sessões e o convoquei a assumir responsabilidade pelo acordo. Foi uma aposta que teve o efeito de permitir-lhe provar a si mesmo e aos outros que podia agir de modo diferente e, portanto, confiável, além de ter sido um limite organizador. Pensando posteriormente, considerei a necessidade de ter conversado com ele antes, sobre a assinatura do referido documento. Tal fato evitou, naquele momento, que fosse novamente expulso da escola.

Na sessão seguinte à minha visita à escola, contei tudo o que foi conversado para Gabriel e falei da minha percepção, de vê-lo novamente em evidência, pelo lado negativo. Notava um desejo de que todos desistissem dele, como se quisesse somente a presença, implicação e cuidado, por parte do pai. Manifestei essa interpretação, para Gabriel, e lhe disse que não desistiria dele e que entendia sua necessidade de ter seu pai mais ao seu lado. Ele estava alheio e distante.

Em resposta ao que havia dito, entretanto, surgiu outro Gabriel que, até então, não havia chegado até mim. Bravo, ele me respondeu: “como você quer que eu melhore, se venho aqui e você só brinca comigo?”. Foi o primeiro movimento de entrada do lado mais agressivo na sala de análise, quando me confrontou, mostrando que não entendia que uma dimensão da análise é vivida através do brincar. Até então, somente aparecia um menino doce, meigo e altamente sedutor, e que queria proteger o “objeto ideal” analista de seu aspecto mais agressivo. Emergiu seu aspecto agressivo e destrutivo que, em geral, estava cindido da nossa relação, como se quisesse me proteger e me manter a salvo de si mesmo. Quando sua raiva apareceu na sessão, entretanto, percebi que Gabriel estava ali!

Compreendo que o frustrei, ao introduzir um limite firme; no entanto, foi justamente esse sentimento que permitiu, pela primeira vez, de modo claro e verbal, que manifestasse sua insatisfação e raiva. Ele estava confiando que seus bons e maus aspectos pudessem ser tolerados pela analista e, ainda, que eu não sucumbiria a isso. Ficamos as vias e voltas, regredindo e saindo da regressão, em função de sua falta de confiança. Além disso, entendo que esse momento da análise promoveu uma mudança na qualidade da nossa relação e, conseqüentemente, nas demais. Disse que compreendia o fato de estar bravo comigo e, de certa forma, desapontado, pois eu havia feito um convite, a ele para que pudessemos – nós três, juntos – escolhermos um caminho, no sentido do crescimento. Gabriel não respondeu de imediato.

Logo trouxe o jogo detetive. Ri e comentei que esse era o meu castigo, por tê-lo convidado a crescer. Riu e disse: “vou ganhar fácil de você”. Jogamos e, pela primeira vez em três anos, ganhei dele, e não só uma vez. Esse fato o surpreendeu muito, pois penso que não esperava que eu pudesse estar inteira e atenta, após ter entrado em contato com seu aspecto mais agressivo.

Essa sessão foi um marco em nosso trabalho, pois, de alguma maneira, o convocou a se olhar como um ser humano inteiro, com bons e maus aspectos. Também possibilitou que me percebesse como uma pessoa inteira, que ele podia amar e odiar, ou seja, real. Entendo que foi a partir desse encontro e, ao mesmo tempo, confronto que Gabriel pôde confiar que seu bom objeto estava em segurança. Portanto, pôde me desidealizar e me olhar como um objeto inteiro e com vida própria. O Pequeno Príncipe estava crescendo e se reencontrando com Gabriel.

Preciso mencionar que me questionei, quando propus o acordo com a escola, se não havia “forçado” Gabriel a assumir uma posição mais madura, cedo demais. Pensando a posteriori, no entanto, foi justamente essa introdução de limite que permitiu a análise sair desse movimento que poderia se cronificar, nessa relação ideal e de atendimento das necessidades do paciente.

Depois disso, ele começou a solicitar ao pai mais autonomia e, a mim, apoio e confiança, no sentido de preparar o terreno com o pai, quando, por exemplo, queria sair com os amigos da escola, de ônibus. Assim, paciente, analista e pai pensavam juntos em como viabilizar o crescimento e a responsabilidade de Gabriel.

Mais alguns episódios demonstravam o crescimento e o amadurecimento de Gabriel: ele parou de quebrar seu aparelho ortodôntico, que estava usando há um ano, e não estava mais comendo os próprios dentes. E, ainda, próximo às avaliações finais, perguntei como estavam suas notas. Ele me tranquilizou: “não se preocupe! Acho que fico de recuperação só de matemática”. Não foi bem assim, mas pôde me dizer que ficaria de recuperação. Ficou de três matérias, organizou-se sozinho, para estudar, e não apavorou seu pai e as demais profissionais que trabalhavam com ele, com a postura descompromissada de outrora. Passou de ano por mérito e não por conselho. Compreendi que estávamos diante de alguém que renascia!

Na última sessão de 2015, perguntou-me se eu entendia que ele poderia parar a análise. Quis saber seus motivos e ele me contou que se sentia melhor e em condições, queria tentar não vir mais e fazer outras coisas da vida. Respondi também que o percebia diferente e mais maduro e que essa era uma possibilidade a ser considerada. Conversei com as outras profissionais que o acompanhavam, e todas notaram a mesma mudança em Gabriel.

Foi então que, em fevereiro de 2016, o pai me ligou e disse que o filho queria alta, questionando-me sobre o que eu achava disso. Quis saber como o pai o percebia - logo me disse que notava uma mudança, mas que, em se tratando de Gabriel, estava com “as barbas de molho”. Afirmei que ele deveria ter alta e que deveríamos confiar que Gabriel poderia dar conta de suas responsabilidades. Pedi uma última sessão, para nos despedirmos e fecharmos esse ciclo de análise.

O encontro final aconteceu quinze dias depois do telefonema do pai. Gabriel chegou sonolento e foi ao banheiro, como de costume, arrumar o cabelo e lavar o rosto. Sentou no divã de frente para mim e me olhou, esperando que eu falasse e o autorizasse a voar. Eu tinha em mãos um avião que ele havia feito comigo em seu primeiro ciclo de análise e que estava guardado em sua caixa. Pus o avião para voar, e disse a meu paciente que ele era aquele avião, e estava na hora de decolar e fazer um voo sozinho, sem a analista. Apesar disso, lembrei que, como o avião tem sempre um *hangar* para retornar e se abrigar em situações difíceis, ele também teria. E, ainda, que eu confiava em suas condições de voar sozinho e que, mesmo que alguma confusão ocorresse, ele teria condições de corrigir a rota e que, se não conseguisse fazê-lo, que teria para onde retornar.

Enquanto falava, Gabriel me olhava fixamente, emocionado. Então, perguntei o que achava de tudo isso: “É muito estranho seguir sem você, tudo novo. Muito tempo juntos”. Concordei, disse a ele o quanto o que me dizia era significativo. Ele queria ir, mas tinha medo de uma ruptura. Fiz questão de reassegurá-lo que eu estaria disponível para ele. Pude dizer que notava sua gratidão pelo tempo que passamos juntos e reiterei minha confiança nele e na necessidade de tentar e, ainda, frisei que teria para onde voltar, caso precisasse. Depois dessa nossa conversa, chamei o pai para entrar e repeti as mesmas coisas, incluindo a necessidade de não se ter uma expectativa alta demais, que se tornasse inalcançável para Gabriel. Despedimo-nos e, nesse momento, ganhei um abraço apertado e muito afetuoso. Então, ele decolou!

Guardei por muito tempo esse sonho de vê-lo sair desse lugar de garoto problemático e que causava confusão - um mito ao qual fazia jus. Mesmo em momentos assim, algo dentro de mim dizia que um dia isso seria diferente, que ele renasceria e se reencontraria com seus bons objetos. Não sabemos como serão seus vôos pela vida afora, mas Gabriel conseguiu decolar e sair desse lugar, e isso já é muito importante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de:
me manter vivo;
me manter bem;
me manter desperto;
Objetivo ser eu mesmo e me portar bem.
Uma vez iniciada uma análise espero continuar com
ela, sobreviver a ela e termina-la.
Gosto de fazer análise e sempre anseio pelo seu fim.
A análise pela análise para mim não tem sentido.
Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se
o paciente não necessita de análise então faço
alguma outra coisa. (WINNICOTT, 1962b, p. 152)*

É no mínimo curioso escrever as considerações finais de um trabalho que, na minha compreensão, não tem fim. E o não ter fim se justifica pelo fato de o renascimento psíquico em análise acontecer a cada dia em nossos consultórios, quando a dupla paciente e analista está em ação. É preciso mencionar que nem todo encontro resulta em análise e nem toda análise comporta e suporta esse movimento regressivo. E como Winnicott (1962b) bem diz, quando o paciente não necessita de análise e, acrescento, quando ele não consegue se engajar num processo analítico, fazemos o que é possível, o que já é muito significativo.

Nos casos apresentados nesta tese, tive a oportunidade de experimentar dois movimentos regressivos que aconteceram de formas diferentes. Com Bela, o regredir à dependência para retomar o curso do desenvolvimento psíquico se deu de modo mais tranquilo, pois ela pôde confiar no ambiente analítico mais rapidamente e, então, retornar às suas vivências traumáticas. Já com Gabriel, isso não se deu da mesma maneira - ele teve muitas dificuldades de estabelecer um vínculo de confiança comigo, em função de sua perda dramática e de seu grande desamparo. Assim, tivemos movimentos de ir e vir no processo regressivo, e a analista precisou confirmar, muitas vezes, sua sobrevivência e presença na relação com ele. Penso meu paciente precisou sair dessa posição do “Pequeno Príncipe” para se reencontrar com o Gabriel, que sempre estivera lá.

Ambos os pacientes traziam fantasias com relação e eles mesmos. Gabriel acreditava que tudo que tocasse se destruiria, e Bela que não seria nada na vida, em função de sua história. Duas fantasias que eram verdadeiras “teses” e que os deixavam sem saída. Dessa forma, o processo regressivo foi considerado como possibilidade para, juntos, questionarmos essa teoria,

flexibilizando-a ao ponto de ser integrada ao mundo interno dos pacientes, possibilitando, assim, um funcionamento psíquico mais integrado.

Foi preciso então que revivêssemos, por um tempo, a relação dual e bastante idealizada, em que o objeto analista era sentido e vivido como muito bom, fonte de amor, bondade e proteção. Busquei sustentar essa experiência, confiando que assim poderia favorecer um vínculo seguro e saudável. Para isso, a analista e, conseqüentemente, o ambiente analítico não poderiam falhar na oferta de provisão adequada aos pacientes. As metáforas “barriga analítica” e “terra analítica” foram utilizadas para expressar esse período da análise, em que o paciente precisa regredir ao estado de dependência, que se caracteriza, como já mencionado, por relações duais e idealizadas, para, então, renascer de modo mais organizado psiquicamente.

O não falhar me leva a pensar duas questões. A primeira delas é que esse lugar idealmente bom em que a analista foi colocada é bastante sedutor e onipotente, pois ambos os pacientes tinham a expectativa de que tivesse todas as respostas e que fosse fonte inexaurível de alimento afetivo. Fui tomada como alguém que não poderia falhar e, portanto, minha condição humana como objeto e com necessidades próprias não podia, nesse período, ser levada em conta. Esse lugar foi e ainda é delicado e espinhoso, pois a analista poderia, facilmente, se envaidecer narcisicamente, perdendo de vista seu paciente. E dessa forma, padecer do mesmo mal, ficar mergulhada em si...

A segunda questão diz respeito a conceber a análise como um ato de humildade, de reconhecimento de limites e investimento. Assim, para que pudesse realizar um trabalho analítico genuíno, considero fundamental ter passado pela experiência de paciente e ter vivido muitos movimentos regressivos em minha própria análise. Isso, de fato, foi o melhor balizador que tive para acompanhar meus pacientes, nesse percurso que tem início com a idealização na relação a dois – pelo tempo que se faz necessário -, caminha para o confiar nos objetos e, então, internalizá-los, de modo tê-los como “reserva técnica”, fonte de esperança. Esperança que é preciosa, quando se faz necessário abrir mão de velhas certezas e se lançar ao novo e inesperado.

A analista, então, precisou estar com o paciente como uma presença emocional constante, que não carecia ser comunicada através de palavras. O paciente ao percebê-la desta forma, foi confiando e, então, pôde se entregar à regressão à dependência. Para que esses movimentos ocorressem, no entanto, foi preciso, acima de tudo, que a analista - aquela que cuidou – oferecesse continência e sobrevivesse!

Foi desafiador sobreviver, acompanhando o processo regressivo dos pacientes. Sobreviver no sentido de lhes oferecer a provisão adequada, mesmo em momentos em que a analista e o ambiente analítico foram alvo de ataque. Coube a mim permanecer firme, não

desaminar e nem deixar de atender às necessidades de quem estava sob meus cuidados. E, também, sobreviver ao convite de cair em tentação com relação ao lugar onipotentemente ocupado, mesmo que temporária e necessariamente.

Então, para cuidar, foi preciso sobreviver, o que não significa a aceitação de tudo, de modo permissivo e indulgente. Muitas vezes, senti raiva e o efeito dos ataques agressivos. Foi preciso ter consciência disso e estar em sintonia fina comigo mesma, para que, a partir do que experimentava em mim, pudesse compreender os íntimos sentimentos comunicados inconscientemente pelos pacientes.

Para isso, três ferramentas de trabalho foram valiosas: a identificação projetiva, transferência e contratransferência. Estava diante de uma relação de objeto em que as comunicações se davam de modo primitivo, pré-verbal e de maneira maciça. Portanto, a identificação projetiva foi um meio de comunicação estabelecido entre nós e precisei contar com a contratransferência, para me auxiliar a traduzir sentimentos em palavras.

Penso que a transferência e a contratransferência foram e são fundamentais fontes de comunicação entre a dupla e, também, de conhecimento. A contratransferência foi, então, utilizada para dar significado e sentido às interpretações que se pode fazer, a partir da compreensão da angústia predominante na transferência-contratransferência.

Essas ferramentas não só nos auxiliam na compreensão das comunicações mais primitivas, mas também são fundamentais para percebermos os movimentos no ambiente analítico, que sinalizam a saída das relações mais regredidas e o encaminhamento para relações mais maduras e integradas com os objetos.

Concluo que foi a continência oferecida aos pacientes pela analista, a partir de sua liberdade em responder às necessidades deles, levando em consideração sua experiência, principalmente sua própria análise, que favoreceu a relação e as trocas intersubjetivas na situação analítica. Enfatizo, mais uma vez, que a contratransferência foi um guia para mapear o que se passava entre a dupla analista e paciente.

Ainda quero evidenciar que o processo regressivo em análise, como possibilidade de renascimento psíquico, pode acontecer com qualquer paciente, não necessariamente com os muito regredidos psiquicamente. Trata-se de uma possibilidade de trabalho que só depende da dupla.

Entendi que, para fundamentar teoricamente o que compreendia como renascimento psíquico, Klein, Winnicott, Balint e seus interlocutores me auxiliariam bastante nesse percurso. E para discorrer sobre as ferramentas analíticas disponíveis para sustentar essa clínica, Bion e Ogden seriam meus parceiros. Fiquei desejosa de um diálogo com Antonino Ferro e Anne

Alvarez; então, entendo que ainda tenho mais a estudar e conhecer sobre o renascimento psíquico, à luz desses novos autores, que sinalizam o renascimento desse trabalho num futuro próximo.

Enfim, considero finalizado aquilo que não tem fim!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A. K. F. **Um estudo sobre as relações entre identificação projetiva e contratransferência e suas implicações na clínica**. 2015. 50 fls. Monografia (Psicanálise) - Instituto Sedes Sapientiae, Formação em Psicanálise, São Paulo, 2015.

_____.; CINTRA, E. M. U. “E seu eu fosse você?”: breve estudo sobre o conceito de identificação projetiva. **Boletim Form em Psic.** São Paulo, v.1, n.1, p. 59-70, 2016.

ALVAREZ, A. **Companhia Viva**: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Tradução: Maria Adriana Verissimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 256p.

BALINT, M. (1968). **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014.

_____. (1968a). Os dois níveis do trabalho analítico. In: **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014. p. 36-41.

_____. (1968b). Amor primário. In: **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014a. p. 79-85.

_____. (1968c). Gratificações e relações objetais. In: BALINT, M. (1969). **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014. p. 139-142.

_____. (1968d) A regressão e a criança dentro do paciente. In: **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014. p. 91-101.

_____. (1968e). A área da falha básica. In: BALINT, M. (1969). **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014. p.42 – 46.

_____. (1968f). Regressão terapêutica, amor primário e falha básica. In: **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014. p.161-171.

_____. (1968g). Os riscos inerentes ao manejo da regressão. In: **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014. p. 118-123.

_____. (1968h). Sintomatologia e diagnóstico. In: **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014. p. 134-138.

_____. (1968i). As diversas formas de regressão terapêutica. In: **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014. p. 143-151.

_____. (1968j). O analista não importuno. In: **A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão**. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014. p. 172-178.

_____. (1968k). A travessia do abismo. In: **A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão**. Tradução: Francisco Franke Settineri. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014. p. 179-184.

_____. **Thrills and regressions**. London: Maresfield Library, 1959. 147p.

BELA ADORMECIDA. Disponível em: <http://www.fabulasecontos.com.br/?pg=descricao&id=11>. Acesso em: 29 de nov. 2016.

BION, W. R. (1959). Ataques à ligação. In: **Estudos psicanalíticos revisados – second thoughts**. Tradução: Wellington M. de Melo Dantas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1994. p. 109-126.

_____. (1962). Uma teoria sobre o pensar. In: **Estudos psicanalíticos revisados – second thoughts**. Tradução: Wellington M. de Melo Dantas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1994. p. 127-137.

_____. Capítulo XII. In: **Aprendiendo de la experiencia**. Tradução: Haydeé B. Fernández. Buenos Aires: Paidós, 2009. p.67-76.

BORGES, J. L. (1970). Preface. In: **Doctor Bordie's report**. Tradução: N.T.Di Giovanni. Londres: Penguin, 1976. p. 11-14.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP nº 016/2000**. Disponível em: <<http://www.pol.org.br>>. Acesso em: 07 de nov. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 de nov. 2015.

BRITTON, R. A situação edípica e posição depressiva. In: **Conferências clínicas entre Klein e Bion**. Tradução: Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1994. p. 48-59.

_____. O Édipo na posição depressiva. In: ANDERSON, R. (Org). **Crença e imaginação: explorações em psicanálise**. Tradução: Liliana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2003. p. 53-67.

CINTRA, E. M. U. Hamlet e a melancolia. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 30-42, 2001.

_____. **Complexo de Édipo em Freud**. Aula de 14 de agosto de 2013. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2013.

_____. **Winnicott**. Aula de 12 de abril de 2006. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2006.

_____. **Regressão à dependência em Ferenczi, Klein e Balint**. Aula de 03 de maio de 2017. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2017.

_____; FIGUEIREDO, L. C. Pequena reconstituição da história dos sistemas kleinianos. In: KLEIN, Melanie. **Estilo e Pensamento**. São Paulo: Escuta, 2004. p. 59-145.

DIAS, E. O. Os estágios da dependência e independência. In: **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 227-309.

ECLESIASTES. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/nvi/ec/3>. Acesso em: 28 de nov. 2016.

FENICHEL, O. (1945). **Teoria psicanalítica das neuroses**. São Paulo: Atheneu, 1997.

FERENCZI, S. (1928). A adaptação da família à criança. In: **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 1-15.

_____. (1929). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 55-60.

_____. (1933). Confusão de línguas entre os adultos e as crianças. In: **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 111-121.

FERRO, A.; BASILE, R. Introdução. In: FERRO, A.; BASILE, R. (Orgs). **O campo analítico: um conceito clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 9-10.

FIGUEIREDO, L. C. A clínica psicanalítica a partir de Melanie Klein. O que isto pode significar? **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 39, n. 71, p. 125-150, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 de mai. 2017.

_____. Modernidade, trauma e dissociação: a questão do sentido hoje. In: **Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2008. p. 11-40.

_____. A metapsicologia do cuidado. **Psyche**, v. 11, n. 21, p. 13-30, São Paulo, dez. 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&nr=isso. Acesso em: 29 de jan. 2018.

_____; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257 -278. 2006.

_____; TAMBURRINO, G.; RIBEIRO, M. **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2012.

_____. O trabalho do luto glorioso. In: **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2012a. p. 81-101.

_____. Amor primário: primordialidade das relações objetais e da natureza sexual. In: **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2012b. p. 37-56.

_____. Os textos da década de 1930: Balint, um livre e criativo psicanalista. In: **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2012c. p. 13-35.

_____. Thrilss: entre o medo e a esperança. In: **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2012d. p.109-123.

_____. As duas atitudes primordiais na historia das relações objetais: ocnofilia e filobatismo. In: **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2012e. p.125-139.

_____. Os términos de análise e os processos de constituição e reconstituição psíquica: dialogando. In: **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2012f. p. 57-79.

_____. O trabalho do luto glorioso ou new beginning. In: **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2012g. p. 81-101.

FREUD, S. (1937). Análise terminável e interminável. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol. 23. Moisés e o monoteísmo, esboços de psicanálise e outros trabalhos. Tradução: Maria Aparecida Moraes Rego. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 225-270.

_____. (1924). A dissolução do complexo de Édipo. In: **Obras completas**. Vol. 16. O eu e o id, “autobiografia” e outros textos. (1923-1925). Tradução: Sergio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 203-213.

_____. (1925). Algumas conseqüências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In: **Obras completas**: Vol. 16. O eu e o id, “autobiografia” e outros textos. (1923-1925). Tradução: Sergio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 283-299.

_____. (1915). Os instintos e seus destinos. In: **Obras completas**. Vol. 12. Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Tradução: Sergio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-50.

HAMMOUD, T. C. Neurose e sexualidade: o caso Hesta e a visão winnicottiana. In: **Winnicott e-prints**, v. 6, n. 2, p. 35-50, São Paulo, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2011000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 de jun. 2017.

KHAN, M. M. R. (1963). O conceito de trauma cumulativo. In: **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977. p. 57-75.

_____. (1926). Princípios psicológicos da análise de crianças pequenas. In: **Amor culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 152-163.

_____. (1928). Estágios iniciais do conflito edipiano. In: **Amor culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 214-227.

_____. (1930). A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego. In: **Amor culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 249-264.

_____. (1932). Estágios iniciais do conflito edipiano e superego. In: **A psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Imago 1997. p. 145-168.

_____. (1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: **Amor culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 301-329.

_____. (1940). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In: **Amor culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 385-412.

_____. (1945). O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas. In: **Amor culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 413-464.

_____. (1946). Nota sobre alguns mecanismos esquizoides. In: **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 17-43.

_____. (1948). Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. In: **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 44-63.

_____. (1952a). Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 85-118.

_____. (1952b). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: RIVIERE, J. (Org.). **Os progressos da psicanálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p. 313-343.

_____. (1955). Sobre a identificação. In: **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 169-204.

_____. (1959). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 280-297.

KOHUT, H. **A restauração do self**. Tradução: Carlos Alberto Pavanelli. Rio de Janeiro: Imago, 1988. 259p.

LOEWALD, H. The waning of the Oedipus Complex. **Papers on Psychoanalysis**. New Haven, CT: Yale University Press, 1980. p. 384-404.

_____. The waning of the Oedipus Complex. **J. Psychother Pract Res**, Fall, v. 9, n. 4, p. 239-249, 2000.

LOPARIC, Z. Winnicott: uma psicanálise não-ediípiana. **Percursos**, n.17, p. 41-47, São Paulo, 1996.

MACCIÓ, D. V. Posfácio. In: FERRO, A. **Na sala de análise: emoções, relatos, transformações**. Rio de Janeiro: Imago, 1998. p. 209-223.

MEZAN, R. **O tronco e os ramos: estudos de história da psicanálise**. São Paulo: Companhia da Letras, 2014.

NASCIMENTO, M.; BRANT, F. Maria, Maria. In: NASCIMENTO, M. **Minha história**. Rio de Janeiro: Phillips/Plygram, p. 1998. 1 CD. Faixa 14.

NAFFAH-NETO, A.; CINTRA, E. M. U. A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. **Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos**, v. 30, n. 1, p. 33-50, 2012.

OGDEN, T. H. Sobre a escrita psicanalítica. In: **Esta arte da psicanálise**: sonhando sonhos não sonhados gritos interrompidos. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 139-154.

_____. Lendo Loewald: Édipo reformulado. In: **Leituras criativas**: ensaios sobre obras analíticas seminais. São Paulo: Escuta, 2014. p. 195-218.

_____. Analisando formas de vitalidade e desvitalização da transferência-contratransferência. In: **Livro Anual da Psicanálise**. Tomo XI. São Paulo: Escuta, 1995. p. 175-188.

PETOT, J. M. A descoberta da técnica do brincar e suas consequências. In: **Melanie Klein I**. São Paulo: Perspectiva, 2008. p. 79-132.

ROSA, J. G. (1965). **Grande sertão**: veredas. 19. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

SAINT-EXUPÉRY, A. de. **O pequeno príncipe**: com aquarelas do autor. Tradução: Dom Marcos Barbosa, 35. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1989.

SEGAL, H. Estágios iniciais do conflito edipiano. In: **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p.117-130.

SHEPHERD, R.; JOHNS, J.; ROBINSON, H.T. (Orgs.). (1948). Necessidades ambientais; os estágios iniciais; dependência total e dependência essencial. In: **D.W. Winnicott**: pensando sobre crianças. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 51-56.

VAN SWEDEN, R.C. **Regression to Dependence**: a second opportunity for Ego Integration and Developmental Progression. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson, 1994.

_____. Three views of regression: Klein, Balint and Winnicott. In: **Regression to Dependence**: a second opportunity for Ego Integration and Developmental Progression. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson, 1994a. p. 49-79.

_____. Features of regressions of dependence. In: **Regression to Dependence**: a second opportunity for Ego Integration and Developmental Progression. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson, 1994b. p. 81-87.

_____. The significance of dependence to the regression process. In: **Regression to Dependence**: a second opportunity for Ego Integration and Developmental Progression. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson, 1994c. p. 89-98.

_____. Facilitating regression to dependence. In: **Regression to Dependence**: a second opportunity for Ego Integration and Developmental Progression. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson, 1994d. p. 135-156.

_____. Facilitating ego integration. In: **Regression to Dependence**: a second opportunity for Ego Integration and Developmental Progression. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson, 1994e. p. 171-192.

WINNICOTT, D. W. (1945). Um estado primário do ser: os estágios pré-primitivos. In: **Na natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.153-156.

_____. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 316-331.

_____. (1954a). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392.

_____. (1954b). Integração. In: **Natureza humana**. Tradução: Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 136-142.

_____. (1954c). O conceito de saúde a partir da teoria dos instintos. In: **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 69-83.

_____. (1954d). Retraimento e regressão. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 347-354.

_____. (1957). E o pai? In: **A criança e o seu mundo**. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2008. p. 127-133.

_____. (1961). Psicose na infância. In: **Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 1994. p. 53-58.

_____. (1962a). A integração do ego e o desenvolvimento da criança. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 55-61.

_____. (1962b). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p.152-155.

_____. (1963a). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 79-87.

_____. (1963b). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 70-78.

_____. (1963c). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 207-217.

_____. (1965). Família e a maturidade emocional. In: **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 129-138.

_____. (1970). Vivendo de modo criativo. In: **Tudo começa em casa**. Tradução: Paulo Sandler. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011. p. 23-39.

_____. O brincar: uma exposição teórica. In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 59-77.