

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

LUIZ FERNANDO RODRIGUES VERONICA

**A PATOLOGIA ESQUIZOIDE: UM ESTUDO A PARTIR DAS
CONTRIBUIÇÕES DE D. W. WINNICOTT**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**São Paulo
2018**

LUIZ FERNANDO RODRIGUES VERONICA

**A PATOLOGIA ESQUIZOIDE: UM ESTUDO A PARTIR DAS
CONTRIBUIÇÕES DE D. W. WINNICOTT**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para o título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto.

**São Paulo
2018**

BANCA EXAMINADORA

Ao meu filho Francisco, que a cada dia, com seus gestos, olhares, me ensina a arte de amar, cuidar de uma forma genuína. Obrigado pelo dom da sua vida.

Ao CNPq que contribuiu para que eu tivesse condições especiais para a realização desta pesquisa. Processo n.º 142694\2016-9.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Alfredo Naffah Neto, meu orientador, que desde o primeiro contato, ainda como ouvinte de suas aulas, sempre se mostrou solícito, gentil. Obrigado por contribuir com seus textos, pesquisas, conferências, sempre de forma perspicaz, pessoal. Obrigado pela oportunidade de ter sido seu orientando, pelas discussões, aprofundamento.

À minha mãe, por tudo que fez e faz por mim, sempre acreditando, investindo, se sacrificando. Graças ao seu amor, sinto que a vida vale a pena.

Ao meu pai Edson, pela presença, firmeza, incentivo.

Ao meu irmão Thales, pela amizade, por estar sempre junto.

A Cristiane Sampaio, pelo incentivo e paciência, principalmente nos momentos em que, devido à pesquisa, estive ausente.

Ao amigo e psicanalista Rodolfo José Fenille Ferraz. Obrigado pelo convívio de tantos anos, pela imensa alegria de ser seu amigo, por ter a oportunidade em tantos momentos e sobre tantos temas, assuntos, aprender com você. Sou imensamente grato a tudo que aprendi como pessoa, cidadão, religioso, profissional.

Agradeço imensamente ao professor Antonio Augusto Pinto Junior, pelo apoio, incentivo, amizade e pelo exemplo de pessoa, profissional. Obrigado pela prontidão com que aceitou, desde o início, participar da minha banca.

Ao professor Claudinei Affonso, por ter sido sempre gentil, pelas importantes sugestões no exame de qualificação.

À minha analista, Sandra Costa, pela sensibilidade, confiabilidade e incentivo.

Às amigas Vera Gava e Andrea Chagas, pela amizade, incentivo, carinho.

Aos professores, funcionários e colegas da PUC-SP, em especial o professor Renato Mezan, pela alegria em acompanhar nesse tempo suas aulas, seminários.

Ao professor Felipe Vilela, pela parceria, leitura do texto.

Ao professor Carlos Alberto Vieira Coelho, pela atenção, cuidado e competência que sempre teve ao cuidar das correções e formatação deste trabalho.

Aos Salesianos de Dom Bosco, por fazerem parte da minha vida desde a infância, por acreditarem em mim, investirem em minha formação, em especial o Pe. Mário Bonatti, Pe. André Torres, Pe. Marcos Sérgio e Pe. Dilson Passos.

RESUMO

VERONICA, L. F. R. A patologia esquizoide: um estudo a partir das contribuições de D. W. Winnicott. 2018. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

Este estudo teve por objetivo apresentar as contribuições de D. W. Winnicott acerca da patologia esquizoide, buscando explicitar o lugar que essa patologia ocupa no arcabouço teórico e clínico do autor e também os aspectos referentes à etiologia, dinâmica e manejo clínico destacados pelo autor. Trata-se de uma pesquisa teórica, na qual os resultados foram embasados em uma detalhada leitura da obra e de dois casos clínicos do autor, diagnosticados por ele como esquizoides. Teve como base metodológica o princípio da hermenêutica, que considera a articulação do todo com as partes, entendendo o significado como relativo ao contexto, de modo que o todo é compreendido em relação às suas partes e as partes em relação ao todo. Como resultados, verificou-se que o autor situa a esquizoidia no campo das psicoses, tendo sua origem no período mais precoce da vida, antes de o indivíduo ter alcançado uma integração mais consistente do *self*. Os indivíduos esquizoides sofreram falhas abruptas, desastrosas, em decorrência de um ambiente caótico, ainda assim, conseguiram constituir, mesmo de forma muito incipiente, um *self*. A consequência das falhas ambientais produz, nos esquizoides, uma sensação quase que permanente de que o mundo e/ou tudo aquilo que diz respeito ao relacionamento com a realidade externa ou compartilhada é algo perigoso, pernicioso. Por isso, sua atitude é a de sempre fugirem do mundo, do contato, das relações, vivendo circunscritos a seu mundo subjetivo, a fim de protegerem seu incipiente *self* contra a imprevisibilidade do ambiente.

Palavras-chave: Esquizoide. Psicopatologia. Winnicott.

ABSTRACT

VERONICA, L. F. R. The schizoid pathology: a study from D. W. Winnicott's contributions. 2018. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

The aim of this study was to present the contributions of D. W. Winnicott on schizoid pathology, seeking to explain the place that this pathology occupies in the theoretical and clinical framework of the author and also the aspects related to etiology, dynamics and clinical management highlighted by the author. This is a theoretical research, where the results were based on a detailed reading of the author's work and two of his clinical cases, diagnosed by him as schizoid. It had as a methodological basis the principle of hermeneutics, which considers the articulation of the whole with the parts, understanding the meaning as relative to the context, so that the whole is understood in relation to its parts and the parts in relation to the whole. As results, the author locates schizoidia in the field of psychoses, having its origin in the earliest period of life, before the individual has achieved a more consistent integration of the self. Schizoid individuals suffered abrupt, disastrous failures as a result of a chaotic environment, they still succeeded in forming, even in a very incipient way, a self. The consequence of environmental failures in schizoids, produces a near-permanent sensation that the world and everything relating to the external or shared reality is dangerous and pernicious. Therefore, their attitude is to always flee from the world, from contact, from relationships, living circumscribed to their subjective world, in order to protect their incipient self, against the unpredictability and invasion of the environment.

Keywords: Schizoid. Psychopathology. Winnicott.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS E METODO.....	19
3 CAPÍTULO 1 – O CONTEXTO DO DEBATE ACERCA DA ESQUIZOIDIA: DA PSIQUIATRIA À PSICANÁLISE.....	21
3.1 CONCEPÇÃO DE ESQUIZOIDE NA PSIQUIATRIA.....	22
3.2 CONCEPÇÃO E CONTRIBUIÇÕES DE FAIRBAIRN ACERCA DA ESQUIZOIDIA	26
3.2.1 Ampliação do fenômeno esquizoide segundo Fairbairn	28
3.2.1.1 Tendência para a orientação precoce a um objeto parcial (órgão corporal)..	34
3.2.1.2 Predomínio do tomar sobre o dar na atitude libidinal	35
3.2.1.3 Fator incorporativo na atitude libidinal	37
3.2.1.4 Esvaziamento do objeto como uma implicação da atitude libidinal	40
3.3 CONCEPÇÃO E CONTRIBUIÇÕES DE MELANIE KLEIN ACERCA DA TEMÁTICA ESQUIZOIDE	41
3.3.1 Relações de objeto e mecanismos de defesa.....	44
4 CAPÍTULO 2 – O LUGAR DA PATOLOGIA ESQUIZOIDE NA CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA, A NOÇÃO WINNICOTTIANA DE PSICOSE E A TEORIA DO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO	62
4.1 A CLASSIFICAÇÃO DA PATOLOGIA ESQUIZOIDE E A NOÇÃO DE PSICOSE NA OBRA DE D. W. WINNICOTT	62
4.2 O ESTÁGIO DA PRIMEIRA MAMADA TEÓRICA: AS TAREFAS FUNDAMENTAIS	66
4.2.1 A criatividade primária.....	69
4.2.2 Os estados excitados e os estados tranquilos.....	71
4.2.2.1 Os estados excitados	71
4.2.2.2 Os estados tranquilos.....	73
4.2.3 As tarefas básicas	75
4.2.3.1 A integração no espaço e no tempo.....	75
4.2.3.2 O alojamento da psique no corpo.....	77
4.2.3.3 O início do contato com a realidade: as relações objetais.....	78
4.2.4 A constituição do <i>self</i> primário.....	80

5 CAPÍTULO 3 – ETIOLOGIA E TIPOS DE FUNCIONAMENTO ESQUIZOIDE.....	83
5.1. ETIOLOGIA.....	83
5.2 TIPOS DE FUNCIONAMENTO ESQUIZOIDE	91
5.2.1 Pessoas que apresentam fases ou episódios esquizoides de forma espontânea ou depressão esquizoide.....	92
5.2.2 Pessoas que se tornam esquizoides durante o processo analítico	95
5.2.3 Pessoas com problemas realmente esquizoides	98
6 CAPÍTULO 4 – EXEMPLOS CLÍNICOS DE WINNICOTT E A QUESTÃO DO MANEJO COM OS PACIENTES ESQUIZOIDES.....	102
6.1 O CASO B.....	102
6.1.1 Histórico da análise de B.	103
6.1.2 A relação inicial de B. com a mãe.....	107
6.1.3 O relacionamento de B. com o pai.....	112
6.2 O CASO DE UMA MULHER ESQUIZOIDE	115
6.3 SOBRE O MANEJO NO CASO DOS PACIENTES ESQUIZOIDES	119
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS.....	132

1 INTRODUÇÃO

Apesar das ruínas e da morte,
Onde sempre acabou cada ilusão,
A força dos meus sonhos é tão forte,
Que de tudo renasce a exaltação
E nunca as minhas mãos ficam vazias.
Sophia de Mello Breyner Andresen

A presente proposta de estudo consiste numa investigação sobre a patologia esquizoide à luz de D. W. Winnicott, buscando compreender e explicitar o lugar que essa patologia ocupa no arcabouço teórico e clínico do autor e também os aspectos referentes à etiologia, dinâmica e manejo clínico destacados pelo autor. Winnicott (1952/2000, p. 309) aponta que

O estudo minucioso de um indivíduo esquizoide de qualquer idade transforma-se no estudo do desenvolvimento inicial desse mesmo indivíduo, ainda no interior do conjunto ambiente-indivíduo, no momento em que dali começa a emergir.

Segundo Dias (1998), os esquizoides (na visão winnicottiana) são aqueles indivíduos que têm dificuldades em relacionar-se com as coisas que, em geral, são consideradas reais no mundo da realidade externa e compartilhada. Eles não as sentem como reais, assim como não consideram real o mundo em que vivem. Embora para qualquer pessoa o sentimento da realidade das coisas possa variar, o que parece ocorrer com os esquizoides é que, como seu sentido de realidade restringiu-se, de tal modo, ao seu mundo subjetivo, não conseguem realizar com êxito a tarefa de viverem no ambiente real ou compartilhado.

O interesse acerca da patologia esquizoide surgiu a partir dos estudos de psicopatologia winnicottiana, com o professor e psicanalista da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana (SBPW), Rodolfo José Fenille Ferraz. Nesse período (ano de 2008), cada exposição/discussão me possibilitava entrar em contato com um pensamento vivo e atual no que tange à natureza humana e aos processos de adoecimento psíquico. Paralelo aos estudos, deu-se o exercício inicial e desafiador no atendimento às pessoas que, cada vez mais frequentemente, procuram ajuda para tratar de questões relativas a um sentimento de estranhamento consigo mesmas, de ausência de si, vivências de irrealidade e vazio, isolamento e perda significativa de

contato com a realidade compartilhada. Senti (e ainda sinto) que em muito a teoria e a clínica winnicottiana me auxiliava na condução/atendimento desses pacientes.

Paralelo aos estudos e clínica particular, também tive a oportunidade de trabalhar numa instituição, cujo objetivo central era o atendimento a pacientes psicóticos, mais especificamente numa unidade de Hospital-Dia, onde os pacientes eram acompanhados por uma equipe multidisciplinar, ficando na instituição de segunda a sexta, desde o período da manhã até o fim da tarde. A demanda principal da instituição era o atendimento e tratamento de pacientes psicóticos. Nesse tempo, ampliou-se significativamente meu contato com pacientes graves, em sua grande maioria vindos de internação em hospitais psiquiátricos, onde ficavam aproximadamente um ano, “portadores” de diagnóstico de esquizofrenia, *borderline*, transtorno bipolar e esquizoidia.

Devo reconhecer que os pacientes esquizoides sempre chamaram minha atenção e me deixavam muito intrigado, especialmente pela dificuldade de estabelecer com eles qualquer tipo de contato, proximidade, algo que não era comum entre pacientes diagnosticados com outras classificações. Com esse tipo de clientela, caracteristicamente esquizoides, levava-se um bom tempo e caminho percorrido para que então, muito aos poucos, me possibilitassem uma aproximação, conversa e atendimento.

Nesse tempo, tive inclusive conflitos com membros da equipe interdisciplinar, pois achavam que, a qualquer custo, eu tinha que os atender, intervir, etc. Intuitivamente e respaldado pelo estudo de Winnicott, insistia com a equipe que não faria meu trabalho com esses pacientes de forma “impositiva” e/ou invasiva; ao contrário, esperaria o momento certo e que esperaria o estabelecimento de um certo grau de confiança (no decorrer dos dias e atividades) entre eu e esses pacientes. Aos poucos, fui observando que essa estratégia dava certo. Ainda que continuassem muito retraídos e isolados, foram, paulatinamente, como que pegando em minhas mãos e apresentando seu “mundo”: um lugar que, à primeira vista, parecia ser apenas de dor, sofrimento, loucura, mas que, vencendo nossos e/ou meus próprios medos e inseguranças, mostrava-se também muito rico, bonito, genuíno. Sempre me recordava do elogio de Winnicott (1966/2005, p. 125-126) aos pacientes esquizoides:

Para as pessoas esquizoides (sinto-me humilde na presença delas, embora me consuma muito tempo e muita energia tentando curá-las,

porque se sentem tão desconfortáveis), pernicioso significa qualquer coisa falsa, como o fato de estar vivo por condescendência.

De fato, essa característica dos esquizoides chama muito a atenção, exigindo sempre de mim uma postura viva, espontânea e verdadeira. Deixo aqui registrado o quanto aprendi com esses pacientes, o quanto que, ao atendê-los, eu mesmo fui amadurecendo, sendo confrontado em minha própria vivência pessoal e profissional, o quanto, tal qual expresso no pequeno poema no início da introdução, suas mãos nunca estão vazias.

Inicialmente, gostaria de salientar algumas considerações acerca da temática esquizoide, no horizonte do método escolhido nesta pesquisa. Partindo do todo da obra do autor, a ideia é adentrar nas partes, a fim de melhor elucidar a compreensão e contribuição de Winnicott acerca deste tema.

Devo reconhecer que adentrar na temática esquizoide, a partir de Winnicott, é um trabalho bastante árduo, complexo, muitíssimo rico e que me coloca o tempo todo numa atitude de investigação e descoberta de verdadeiras preciosidades da natureza humana “e” do fazer clínico. Minha sensação, ao ler a obra de Winnicott (seguindo suas pegadas em relação ao tema), é a de um *garimpeiro*. Esses trabalhadores que, faça sol ou faça chuva, lançam-se por territórios muitas vezes pedregosos, na busca e/ou extração de pedras preciosas. Mesmo ao encontrá-las, ainda precisam se deter e trabalhar bastante em seu processo de purificação, até que o material possa ir para a comercialização.

Alguns pontos ratificam essa minha sensação. Primeiro, porque o autor nunca se debruçou especificamente a escrever sobre essa temática. Ela se encontra espalhada na obra de Winnicott, seja em seus artigos, palestras e/ou conferências, sempre explorada dentro de outros temas em que ele procurava comunicar suas ideias e posições. Essa é, alias, uma característica peculiar de Winnicott, sempre buscando imprimir sua própria visão e compreensão acerca da natureza humana, dos fenômenos clínicos e dos processos de saúde e adoecimento psíquico.

Outro ponto que me parece salutar ao autor, em relação a essa temática, diz respeito à própria utilização da palavra ou termo esquizoide em sua obra. Parece-me que Winnicott está o tempo todo buscando o termo que melhor se encaixa a sua compreensão, ao mesmo tempo em que se vê no debate com seus contemporâneos da Escola Britânica de Psicanálise e mesmo com a psiquiatria e outras áreas afins.

O próprio autor, no ano de 1970 (próximo de sua morte), proferindo uma palestra no Departamento Médico da Sociedade Psicológica Britânica, salientou que descrever os processos maturacionais e os processos de adoecimento psíquico o levaram por territórios interessantes, porém, complexos e difíceis. (WINNICOTT, 1970/1994, p. 219). Faz notar que sempre escreveu a respeito de tudo isso em sua própria linguagem e que não tinha dúvidas de que algumas palavras que usava em seus textos irritavam profundamente, tanto quem as lia quanto a si próprio.

No que tange à temática esquizoide, deparamo-nos com várias palavras e/ou termos usados por Winnicott no intuito de comunicar suas ideias e dialogar com seu público: esquizoides propriamente ditos, depressão esquizoide, fases e/ou episódios esquizoides, introvertidos, retraídos, *borderlines* (como sinônimo a esquizoide), personalidade esquizoide.

Essas duas características mencionadas, longe de serem empecilhos, estimulam ainda mais a investigação e debate acerca do tema. Tema sobre o qual o próprio Winnicott nunca se deu por satisfeito e incentivou, propositadamente, cada um a trilhar seu caminho. Falando exatamente sobre os esquizoides e aquilo que exigem que saibamos sobre eles, Winnicott (1966/2005, p. 126) conclui sua fala dizendo: “Eu poderia ilustrar essa ideia, mas talvez seja melhor deixar as coisas simplesmente enunciadas assim. Se alguém puder juntar alguma coisa dessa colheita desordenada, que seja algo que valha a pena”.

Nisso se baseia essencialmente essa proposta de investigação, a saber: poder juntar alguma coisa dessa colheita desordenada, que seja algo que valha a pena, do ponto de vista da teoria e da técnica psicanalítica desse imenso campo desbravado, especialmente, por Winnicott.

Embora sejam inegáveis as contribuições de Winnicott acerca desse quadro (esquizoide), poucos têm se debruçado em estudar e publicar sobre esse tema na perspectiva winnicottiana. Na maioria das vezes, a temática esquizoide aparece apenas de forma secundária, em pequenas citações, não tendo um estatuto próprio, apesar de sua importância nos escritos do autor. É de relevância destacar dois estudiosos/comentadores de Winnicott que se propuseram a este estudo, trazendo significativas contribuições: Alfredo Naffah Neto e Elsa Oliveira Dias.

O psicanalista Alfredo Naffah Netto contribuiu de forma muito significativa e valiosa acerca do tema, à luz de Winnicott. Essas contribuições aparecem

especialmente em dois artigos: *A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott (2007)* e *Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes (2010)*.

No que tange à esquizoidia, o psicanalista aponta que as falhas de adaptação do ambiente ao bebê podem atingir diferentes níveis, com consequências diversas. Seguindo a descrição de Winnicott, o autor indica o que acontece com o bebê quando essas falhas ocorrem num grau relativo ou num ambiente caótico, que se apresenta ora de um jeito, ora de outro, quando as falhas ambientais permitem algum tipo de constituição de objeto subjetivo e de ilusão de onipotência, mas não num nível suficiente para impedir a formação de um falso *self* cindido, como defesa. Citando Winnicott, o psicanalista aponta que, a seu ver, essa dinâmica descreve a formação da personalidade esquizoide.

Quando há um certo grau de falha de adaptação ou uma adaptação caótica, o infante desenvolve dois tipos de relacionamento. Um tipo é o relacionamento silencioso e secreto com um mundo interno de fenômenos subjetivos, essencialmente pessoal e privado, e é somente esse relacionamento que parece real. O outro é o relacionamento de um falso *self* com um ambiente externo ou fixado, obscuramente percebido. O primeiro contém a espontaneidade e a riqueza; o segundo é um relacionamento de submissão mantida para ganhar tempo até que, talvez, o primeiro possa conseguir o seu direito. (NAFFAH NETO, 2007, p. 4).

O psicanalista aponta que a característica maior da personalidade esquizoide é usar como eixo de sobrevivência principal a relação de objeto subjetiva, pessoal, privada, restrita à sua área de onipotência, e habitar, somente quando estritamente necessário, a relação do falso *self* com a realidade externa. Segundo o autor, o esquizoide pôde conquistar, ainda que de forma muito rudimentar e/ou precária, a formação de um mundo subjetivo, que é aquele que contém a sua espontaneidade e lhe parece real. O problema é que esse é um mundo subjetivo fechado ao contato com a vida, o mundo compartilhado. Por essa razão, só pode processar os filetes (no dizer do autor) precários de contato com o mundo, que escapam à filtragem do falso *self*; por isso, o seu desenvolvimento fica, em larga escala, bloqueado e congelado no tempo.

Nessa mesma linha, a psicanalista Gabriela Galvan (2013), em sua tese de doutorado (em que se propôs a examinar o conceito de falso si-mesmo na teoria do

desenvolvimento de Winnicott), aponta que, na organização da defesa esquizoide, o indivíduo organiza sua vida defensivamente (tal como apontado por Naffah Neto) para evitar ser aniquilado ou formatado pelo contato com o objeto, ainda que isso signifique nunca chegar a se reunir em um eu integrado, para nunca ser encontrado – pelo menos não ser encontrado antes de poder chegar a si, de poder ser. Aponta que, quanto mais a defesa se desenvolve na direção do retraimento, mais difícil se torna para a pessoa desenvolver um *falso self* que possa fazer concessões e se deixar influenciar, mesmo que de maneira saudável, pelo objeto, pois esse contato leva a sentimentos de irrealidade e, eventualmente, de despersonalização.

Vale destacar que, diferentemente da esquizoidia, a patologia *borderline* (que também se origina nessa etapa inicial do desenvolvimento emocional) adquire outras características quando as defesas se organizam, predominantemente, no sentido da passividade e da submissão à realidade externa, e o indivíduo se desenvolve mimetizando o ambiente.

A psicanalista Elsa Oliveira Dias (1998), em sua tese de doutorado intitulada *A teoria das psicoses em D. W. Winnicott*, dedicou algumas páginas acerca dos esquizoides. Aponta que as dificuldades caracteristicamente esquizoides têm, naturalmente, vários tipos e graus, razão pela qual pode-se falar de organizações defensivas, pela combinação de defesas primitivas. Essas defesas são aquelas que tiveram seu ponto de origem no fracasso das tarefas da primeira mamada teórica e estão relacionadas a angústias impensáveis. Alguns aspectos são destacados pela autora como peculiares à esquizoidia, de modo a configurar certa especificidade do quadro, da etiologia e função do analista frente ao tratamento desses pacientes.

Dentre esses aspectos, encontra-se: a presença frequente da defesa do tipo auto-traumatismo, a dificuldade do esquizoide de lidar com o mundo, com a presença do mundo enquanto tal e a imensa dificuldade nos esquizoides em usar a defesa de tipo falso si-mesmo. A *defesa auto-traumatizante* está relacionada ao movimento do esquizoide para escapar da imprevisibilidade e/ou preservar um fundo de criatividade que permanece no indivíduo, ainda que seu *self* seja muito incipiente. Ocorre que esses pacientes chegam a preferir o caos de uma desintegração (desde que produzida por ele mesmo) do que estar à mercê da instabilidade do ambiente. Essa característica leva a autora a crer que o ambiente inicial do esquizoide foi caótico, ou seja, cujo tipo de maternagem apresentava-se ora de um jeito, ora de outro,

inconstante e/ou imprevisível, fazendo com que nunca se estabeleça uma rotina, previsibilidade, confiabilidade, tão importantes nessa fase inicial. Com isso, compromete-se o processo de temporalização do bebê. O indivíduo não acumula experiências e não tem uma história, considerando que a memória de contatos é fundamental na aquisição de uma história. Isso sendo quebrado e/ou traumatizado, o bebê deve sempre começar tudo de novo. Todo indivíduo depende de sua criatividade e espontaneidade; no caso dos esquizoides, estas foram consideravelmente prejudicadas por falta de contato com experiência real, não sendo possível a constituição de um *self*. Como resultado, o esquizoide tem de se agarrar a qualquer fragmento de um *self*, considerando que, no caso do esquizoide, este mostra-se tão rudimentar, incipiente que pode ser extinguido no contato com a realidade compartilhada.

Outro aspecto apresentado pela autora refere-se à dificuldade dos esquizoides de lidar *com o mundo, com a presença do mundo enquanto tal*. Nesses casos, predomina nesses indivíduos um tipo de relacionamento muito restrito a seu mundo subjetivo, tendo muitíssimas dificuldades para se relacionar com qualquer objeto externo ou forma distinta do *self*. Existe uma espécie de barreira muito frágil na delimitação da fronteira entre aquilo que é subjetivamente concebido e aquilo que é percebido objetivamente. A realidade externa permanece para esses indivíduos, até certo ponto, como um fenômeno subjetivo e isso é mantido através de uma defesa muito densa e forte. A psicanalista ressalta que essa é uma característica marcante do esquizoide:

Uma característica marcante do esquizoide é que devido a qualquer contato com o outro, é provocado uma nadificação do seu sentimento de ser, e ele precisa voltar ao isolamento para recuperar algo desse sentimento. (DIAS, 1998, p. 337).

A meu ver, esse fenômeno ajuda na compreensão deste fenômeno de retraimento, isolamento, marcante nos esquizoides, no qual temos a sensação de uma imensa barreira impedindo qualquer tipo de contato, especialmente nos momentos de crise e/ou surto psicótico. Nesse sentido, a questão da invasão é bastante feroz. Qualquer coisa e/ou experiência que signifique o mundo entrando no si-mesmo, imediatamente provoca nesses indivíduos recuo, confusão, desordem. Isso leva a crer, segundo Dias (1998), assim como também apontado por Naffah Neto (2007), que esse fenômeno se dá por conta do ambiente inicial caótico do esquizoide, que

não foi capaz de o proteger, enquanto bebê, de invasões advindas do ambiente, gerando problemas relacionados com a espacialização e temporalização e com o alojamento da psique no corpo.

Esse é um aspecto que pode ser visto no contato com esses pacientes. Na sua grande maioria, observamos que são desengonçados, utilizam roupas em tamanho desproporcional ao seu próprio corpo e que muitas vezes não coincidem com a temperatura. Muitas vezes, está um calor imenso e esses estão de blusa, terno; ou o contrário, um frio intenso e eles de bermuda, camiseta. Nota-se também a imensa dificuldade que esses indivíduos têm de lidar com o tempo externo, cronológico, pois esses são sentidos como opressivos. Recordo-me de um conhecido (a meu ver, esquizoide) que era muito requisitado como artista (por sinal, é um grande artista). Todos eram de antemão avisados (ao negociarem uma de suas peças) que não seria dado prazo para serem confeccionadas. Isso devido ao modo de trabalho deste, que tinha aversão a qualquer data preestabelecida, horário específico de trabalho, pois tudo dependeria de sua “inspiração”. Nem mesmo os valores e pagamentos eram acertados previamente, sem contar períodos em que se retirava, sem muito rumo para outras localidades por períodos indeterminados, sempre sozinho.

Outra característica dos esquizoides é sentirem-se estrangeiros, sem raízes, sem um lugar no mundo, não podendo se sentir familiarizados, o que acaba por viverem num grande dilema: absoluta incapacidade para acreditar no outro, para confiar. O esquizoide é como que impedido de entregar-se a qualquer acontecimento, pois este, antes de tudo, consiste em saber se o que ele vive ou vê é real ou irreal, se tudo (o mundo, a vida, ele mesmo) não passa de uma mentira.

Ao que tudo indica, os esquizoides não foram inseridos na capacidade de se iludir (no sentido winnicottiano). Isso aponta para falhas na experiência inicial de ilusão de onipotência e na constituição do si-mesmo. Essa capacidade é muito frágil e facilmente se quebra num momento de frustração, dando margem ao desenvolvimento dessa patologia.

Outro ponto destacado por Dias (1998) refere-se à dificuldade e ao sofrimento que constitui para o esquizoide recorrer à *defesa de tipo falso self*. Percebe-se uma moralidade muito acentuada (não no sentido moral de princípio de bem ou mal), mas no sentido de verdadeiro ou falso, subjetivamente real ou irreal; devido a isso, buscam ajuda, pois mal suportam a vida e sentem profundo desconforto. Mesmo assim,

preferem continuar desconfortáveis a serem “curados”, pois sentem qualquer movimento de consentimento como perigo e traição ao seu precário *self*. Imoralidade para esses (assim como para os lactentes) é se submeter às custas de seu modo pessoal de viver.

Em conformidade com o que até aqui se viu, é que se encontra muitos desafios e dificuldades no que se refere à clínica com pacientes esquizoides, bem como os objetivos do tratamento. Naffah Neto (2008) postula que a compreensão clínica desses pacientes deve, na maior parte das vezes, transgredir os métodos da psicanálise tradicional. Segundo o autor, este tipo de psicanálise tem de operar nas bordas de seu método. Isto significa que, com esses pacientes, o *holding* e a regressão transferencial a estados de dependência seriam os procedimentos mais adequados à situação.

Trata-se, pois, de um tema relevante não só na obra de Winnicott, mas no campo da Psicanálise e da Psicopatologia. As noções e apontamentos acerca da personalidade esquizoide, introduzidos pelo autor, são fundamentais em sua teoria e constituem uma maneira própria de conceber o ser humano, sua tarefa no mundo e sua constituição psíquica, oferecendo subsídios no campo psicoterapêutico e também no que concerne à prevenção. Considerando os pontos mencionados e a necessidade de investigações acerca dessa temática, insere-se o presente trabalho, no intuito de expandir esse vasto e rico campo de pesquisas e tratamento deixado por Winnicott.

2 OBJETIVOS E MÉTODO

Este estudo teve por objetivo apresentar as contribuições de D. W. Winnicott acerca da patologia esquizoide, buscando explicitar o lugar que essa patologia ocupa no arcabouço teórico e clínico do autor e também os aspectos referentes à etiologia, dinâmica e manejo clínico destacados pelo autor.

Trata-se de uma pesquisa teórica. Buscou-se os resultados embasados em uma detalhada leitura da obra do autor, considerando inclusive um recorte do contexto em que o autor desenvolvia suas posições acerca do tema, elaborações e modificações que o conceito de esquizoidia sofreu ao longo da obra de Winnicott.

O presente estudo teve como base metodológica o princípio da hermenêutica, que considera a articulação do todo com as partes, entendendo o significado como relativo ao contexto, de modo que o todo é compreendido em relação à suas partes e as partes em relação ao todo. A hermenêutica pode ser compreendida como ciência da interpretação, que tem como objetivo o fornecimento de regras para o encontro correto de determinado texto ou fenômeno.

Esta pesquisa utilizou este método tomando as produções de Winnicott relativas à patologia esquizoide, com a intenção de que possamos observar, iluminar a obra do autor, bem como suas contribuições à teoria e à clínica. Para melhor elucidar as contribuições de Winnicott acerca da temática esquizoide, também foram estudados dois casos clínicos do autor.

A apresentação do estudo, portanto, parte, no capítulo I, de uma breve apresentação acerca das posições da psiquiatria e de outros dois teóricos da psicanálise, Fairbairn (primeiro psicanalista a abordar essa temática) e Melanie Klein, ambos da Escola Britânica de Psicanálise e contemporâneos de Winnicott. É basicamente a partir desse *lugar e contexto* que o autor desenvolve suas pesquisas analíticas e constantemente permeiam seus textos, palestras, conferências, ora os elogiando, ora tecendo críticas, uma vez que o tema da esquizoidia e das teorias acerca do desenvolvimento emocional primitivo estavam em voga nesse período (e ainda hoje, uma vez que esses autores fizeram escola, influenciando uma gama de outros analistas que vieram depois).

Posteriormente, no capítulo II, destaca-se o lugar desta patologia no quadro das classificações dos distúrbios psíquicos, a noção winnicottiana de psicose e a

descrição, no horizonte de sua teoria do desenvolvimento emocional, as etapas iniciais ou estágios primitivos do desenvolvimento, especialmente no que concerne ao estágio da primeira mamada teórica, de onde a etiologia da patologia esquizoide é oriunda (na visão de Winnicott).

Já, no capítulo III, descreve-se a etiologia e os tipos de funcionamento esquizoide usados por esses indivíduos portadores dessa patologia.

Por fim, são apresentados dois casos clínicos de esquizoidia de Winnicott (Caso B.) e de uma mulher esquizoide, descrito por Winnicott na segunda parte do artigo *Ausência e Presença de um sentimento de culpa, ilustradas em duas pacientes* (1966/1994), do livro *Explorações psicanalíticas*, que elucidam e ajudam no estudo desta temática. Também são discutidos a intervenção e o manejo clínico propostos pelo autor em referência a esses pacientes.

3 CAPÍTULO 1 – O CONTEXTO DO DEBATE ACERCA DA ESQUIZOIDIA: DA PSIQUIATRIA À PSICANÁLISE

Neste capítulo, abordo inicialmente o cenário e/ou contexto no qual o autor se posiciona e apresenta suas considerações e contribuições pessoais acerca da temática esquizoide. Ao contemplar o todo da obra de Winnicott, percebe-se (ao menos do meu ponto de vista) um movimento do autor em direção ao debate e diálogo com seus contemporâneos. Destes, destacam-se os postulados da psiquiatria de sua época e também as teorizações de Fairbairn, psicanalista escocês pioneiro na dedicação à temática esquizoide no âmbito da psicanálise, e Melanie Klein, cujas teorizações e contribuições foram amplamente debatidas por Winnicott, ora elogiando, ora criticando, apontando lacunas etc.

Esses dois teóricos da psicanálise tiveram (e continuam tendo) grande influência no debate psicanalítico, especialmente por suas posições/contribuições acerca do entendimento das patologias psicóticas e do desenvolvimento emocional primitivo, com explícita referência à temática esquizoide. Três textos se tornaram clássicos na literatura psicanalítica: *Fatores Esquizoides na Personalidade* (1940/1980), de Fairbairn, *Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos* (1935/1996) e *Notas sobre alguns mecanismos esquizoides* (1946/1996), de Melanie Klein. Penso que esses textos elucidam de forma bastante enriquecedora a importância desses autores e da temática esquizoide, especialmente no contexto em que Winnicott realizava suas pesquisas referentes à teoria e técnica psicanalítica com pacientes esquizoides e outros.

Penso que as posições desses autores, bem como dos postulados e/ou classificações advindas da psiquiatria, estimularam Winnicott ao debate, aprofundamento e construções teóricas e técnicas próprias. Sendo assim, o que busquei, nesse primeiro capítulo, foi apresentar esse cenário, bem como alguns apontamentos e/ou críticas de Winnicott acerca dos mesmos, uma vez que é nesse contexto que Winnicott vai aos poucos tecendo sua própria compreensão e posição acerca da temática esquizoide, e vai, conseqüentemente, apresentando-as, seja em conferências (a grande maioria) e também em seus artigos e livros.

3.1 CONCEPÇÃO DE ESQUIZOIDE NA PSIQUIATRIA

Há mais de um século, a clínica psiquiátrica vem se utilizando de várias classificações nosológicas, buscando nomear diferentes quadros patológicos que apresentam uma alteração na borda (ou fronteira) entre psicose e neurose. Alguns exemplos são: *borderline*, esquizotimia, pré-psicose, personalidade hebefrênica, paranoia, certas personalidades perversas, personalidade “como se”, neurose de caráter e esquizoidia.

No que se refere à presente proposta de investigação e à história do quadro no campo da Psiquiatria, a nomenclatura “esquizoide” surgiu pela primeira vez em 1908. O psiquiatra alemão Eugen Bleuler a utilizou para designar a tendência de certos pacientes a dirigir a atenção à vida interior em vez de fazê-lo para o mundo exterior – conceito próximo da ideia de “introversão”, de Carl Jung. Bleuler também designou o exagero mórbido, mas não psicótico, dessa tendência como a “personalidade esquizoide”.

Desde então, os estudos acerca desse quadro clínico têm seguido dois caminhos distintos: o da tradição em psiquiatria descritiva, que se centra no comportamento observável e nos sintomas, tal como expostos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM) e na Classificação Internacional de Doenças (CID); e o da tradição em psiquiatria dinâmica, que inclui o estudo das causas ocultas ou inconscientes da personalidade.

A tradição descritiva começa com a descrição do psiquiatra (também alemão) Ernest Kretschmer (1925) acerca do comportamento esquizoide. O psiquiatra catalogou três tipos de características: (1) insociabilidade, tranquilidade, reserva, seriedade e excentricidade; (2) timidez, segredo sentimental, sensibilidade, nervosismo, excitabilidade e gosto pela natureza e pelos livros; e (3) docilidade, amabilidade, honestidade, indiferença, silêncio e atitudes emocionais frias.

As duas últimas versões do DSM, a IV e a V, esta publicada em 2013, definem o Transtorno de Personalidade Esquizoide como “[...] um padrão invasivo de distanciamento de relacionamentos sociais e uma faixa restrita de expressão emocional em contextos interpessoais, que começa no início da idade adulta e se apresenta em variados contextos” (DSM-V, 2014, p. 652). Os manuais enumeram os

critérios para o diagnóstico, destacando que ao menos quatro devem estar presentes para sua conclusão:

- a) não deseja e nem aprecia relações íntimas, incluindo ser parte de uma família;
- b) quase sempre escolhe atividades solitárias;
- c) tem pouca, se alguma, vontade de ter relações sexuais com outra pessoa;
- d) tem prazer em poucas atividades, se alguma;
- e) falta de amigos íntimos ou confidentes que não sejam parentes de primeiro grau;
- f) é indiferente a críticas ou elogios;
- g) mostra frieza emocional, distância ou afetividade limitada.

A CID-10, da Organização Mundial de Saúde, define o Transtorno de Personalidade Esquizoide de forma muito semelhante, acrescentando à lista de sintomas: “preocupação excessiva com fantasia e introspecção” e “marcada insensibilidade às normas e convenções sociais estabelecidas”.

Trata-se, pois, de um modelo simplista de diagnóstico, feito a partir da mera descrição de sintomas, não havendo a preocupação em compreender o sentido de cada um deles. O tratamento proposto acaba sendo a prescrição de medicamentos, feita, muitas vezes, de forma indiscriminada, a fim de amenizar a intensidade dos sintomas apresentados.

Já na sua época, Winnicott (1961/1997, p. 199) apontava para uma grande lacuna no pensar médico/psiquiátrico, uma vez que se preocupam principalmente com resultados finais e colapsos,

[...] se não com transtornos baseados na degeneração cerebral ou vascular, e em geral eles não sabem muito sobre o desenvolvimento emocional do bebê e da criança pequena, e sobre o funcionamento da mãe, do pai, da família e da escola.

Mais ainda, segundo o autor, a psiquiatria tende a se afastar dos problemas da natureza humana e a se dirigir para a exploração dos tratamentos com drogas, bioquímica e várias terapias de choque.

Segundo Winnicott (1965/1989), há uma contribuição muito importante a ser dada pela psicanálise à psiquiatria e essa contribuição se dá justamente em função de erros de diagnóstico. No entender de Winnicott (1965/1989, p. 139),

[...] os psicanalistas têm sido forçados a estudar pessoas esquizoides, e começam a ter coisas a dizer sobre pessoas que lhes trazem uma sintomatologia esquizoide. Nesse trabalho do psicanalista, a esquizofrenia aparece com um distúrbio da estruturação da personalidade.

Apesar da crítica ao modelo psiquiátrico, o que aparece em seus textos e/ou conferências, acerca das posições da psiquiatria, é a postura de um pesquisador engajado, buscando sempre um diálogo e troca de contribuição entre ambas as áreas. Vemos, por exemplo, Winnicott (1965/1989, p. 139) dizer:

Feliz do psicanalista que tem um amigo psiquiatra que receba e cuida de seus pacientes analíticos quando eles entram em surto e ainda convida o analista a continuar assumindo o tratamento, quer dizer, o aspecto psicoterapêutico do tratamento. Uma grande quantidade de pesquisa já foi suspensa por causa de suspeitas mútuas entre psiquiatras e psicanalistas. O valor da atividade interdisciplinar nesse campo não pode ser medido exatamente em termos de cura, mas em termos de formação do psiquiatra e do psicanalista. De modo geral, a tendência da psicanálise é relacionar a etiologia da esquizofrenia com uma reversão do processo de maturação da primeira infância, na época em que a dependência absoluta é um fato. Isso poderia trazer a esquizofrenia para a esfera da luta humana universal e poderia afastá-la da dimensão do processo específico de uma doença. O mundo médico precisa urgentemente desse fragmento de sanidade, pois as doenças que surgem da luta humana não deveriam ser agrupadas junto com distúrbios que são secundários a processos degenerativos.

Essas dimensões apontadas acima são as grandes contribuições da psicanálise para o entendimento das patologias emocionais e teve seu início (segundo o autor) justamente da genialidade de Freud, ao criar um método para tratar pessoas psiquiatricamente doentes através de meios psicológicos, ou seja, sem aparelhos, drogas etc. Segundo Winnicott (1961/1989), Freud, ao desenvolver a psicanálise, numa época em que a hipnose estava sendo usada para eliminar sintomas, ficou insatisfeito com seus resultados e o de seus colegas, e além disso descobriu que, quando removia um sintoma pela hipnose, não progredia na compreensão do paciente. A partir daí, adaptou o uso da hipnose a um contexto em que trabalhava com o paciente, em condições de igualdade, deixando que o tempo trouxesse o que fosse possível. O paciente vinha diariamente, a uma hora fixada, e não havia pressa em eliminar sintomas, pois algo mais importante havia emergido: a capacidade do paciente de revelar-se a si mesmo.

Dessa forma, Freud também ficava informado e usava as informações obtidas tanto para interpretar o paciente naquele instante como para ir gradualmente construindo uma nova ciência: “[...] a ciência que hoje chamamos psicanálise e que também podemos chamar de psicologia dinâmica” (WINNICOTT, 1965/1989, p. 9). A psicanálise, portanto, é um termo que se refere especificamente a um método, e a um corpo teórico que diz respeito ao desenvolvimento emocional do indivíduo humano. É uma ciência aplicada, que se baseia em uma ciência.

Para Winnicott (1965/1989), a psicanálise avança onde a fisiologia ou o biológico se detém. Amplia o território científico para incluir os fenômenos da personalidade, do sentimento e do conflito humano. Afirma, por conseguinte, que é possível examinar a natureza humana, e, quando o desconhecimento se manifesta, a psicanálise pode se permitir esperar e não precisa apelar para uma fuga a formulações supersticiosas. Freud foi capaz de desenvolver a teoria em que se baseia a psicanálise. Essa teoria é geralmente chamada de metapsicologia. Ele estudou as psiconeuroses, mas gradualmente estendeu suas investigações aos pacientes mais perturbados, os esquizofrênicos e os maníaco-depressivos. Continua Winnicott (1965/1989, p. 11):

Muito do que hoje se sabe a respeito de psicologia das psicoses esquizofrênicas e maníaco-depressivas é resultado do trabalho feito por Freud e por aqueles que continuam usando o método de investigação e tratamento inventado por ele.

Qual seria, então, a contribuição daqueles que continuaram usando o método de investigação e tratamento inventado por Freud? Dentre esses, conforme apontado anteriormente, destacam-se dois grandes autores da teoria psicanalítica no contexto/época de Winnicott: Fairbairn e Melanie Klein.

Iniciarei com uma breve apresentação de Fairbairn e seu lugar na história da psicanálise e passarei a analisar com mais afinco acerca de suas posições referentes à temática esquizoide, exposta principalmente no consagrado texto *Fatores esquizoides na personalidade* (1940/1980) e depois passarei à exposição das posições de Melanie Klein acerca da temática esquizoide, presentes principalmente em dois de seus textos: *Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos* (1935/1996) e *Notas sobre alguns mecanismos esquizoides* (1946/1996).

3.2 CONCEPÇÃO E CONTRIBUIÇÕES DE FAIRBAIRN ACERCA DA ESQUIZOIDIA

Em Edinburgo, a cerca de 600 quilômetros de distância de Londres, capital do Império Britânico e sede da Sociedade Britânica de Psicanálise, morava o Dr. William Ronald Dodds Fairbairn, médico escocês dedicado à teoria e à prática psicanalítica. Residiu a vida toda na distante cidade escocesa, fazendo poucas visitas à capital e, dessa forma, relacionando-se muito pouco com os colegas da Sociedade Britânica, à qual se associou em 1931.

No prefácio publicado na edição brasileira do principal livro de Fairbairn, *Estudos Psicanalíticos da Personalidade* (1952/1980), Ernest Jones chama a atenção para o fato de que tal isolamento permitiu que desenvolvesse de forma mais original suas contribuições, longe das distrações e das influências dos colegas – talvez isso tenha proporcionado a Fairbairn um posicionamento teórico não tão preocupado com as discussões entre os grupos liderados por Anna Freud e Melanie Klein, durante boa parte dos anos de 1940.

De fato, Fairbairn foi um dos principais psicanalistas do chamado *middle group*, grupo independente, que se mantinha à margem das discussões de Klein e Anna Freud, dedicando-se principalmente ao estudo e à criação de uma proposta teórica a respeito das relações objetais. Entre outros que compunham esse grupo, podemos destacar Sylvia Payne, Ella Sharpe, Donald Winnicott e Michael Balint. Embora tenha se mantido à parte de tais discussões, Fairbairn foi fortemente influenciado por Freud e Klein, apresentando tanto concordâncias como discordâncias em relação às concepções de ambos.

Segundo Figueiredo e Araújo (2013), Fairbairn foi autor de uma obra densa e original no campo da psicanálise, embora pouco extensa. Durante sua vida, publicou um único livro, em 1952, denominado *Psycho-analytic studies of the personality* (mencionado acima) – uma coletânea de textos produzidos entre final da década de 1920 e início da década de 1950. Seus textos mais importantes, contudo, foram escritos na primeira metade da década de 1940.

Considerado um marco, uma referência importante para a psicanálise pós-freudiana, a incidência do pensamento de Fairbairn é muito mais ampla e profunda do que as referências explícitas permitiriam supor. Cada um de seus textos traz as

marcas de um espírito extremamente sistemático, revelando, porém, os passos de uma pesquisa sempre em andamento.

Outro aspecto destacado por Figueiredo e Araújo (2013) diz respeito ao alcance das elaborações de Fairbairn. Ele, ao que parece, pretendia propor uma teoria psicanalítica nova e abrangente, capaz de dar conta dos processos básicos e elementares do psiquismo, com destaque para os quadros psicopatológicos, fundamentais na compreensão de seu pensamento, e para as novidades no plano da técnica psicanalítica. Trata-se de uma investigação das origens da vida mental que, para o autor, é de natureza essencialmente psicopatológica.

Assim como outros teóricos da psicanálise (inclusive Winnicott), Fairbairn começou trabalhando com crianças abandonadas, maltratadas e institucionalizadas. Mais tarde, com a eclosão da Primeira Guerra Mundial, passou a atender também adultos (traumatizados), tendo ele mesmo sido combatente e sofrido fortemente o impacto dessa experiência. Devido a sua grande sensibilidade à dor, às situações traumáticas, aos abandonos e desencontros no campo das relações humanas, Fairbairn é notoriamente reconhecido como um dos grandes pensadores do trauma no terreno da psicanálise. Segundo Figueiredo e Araújo (2013, p. 17).

Toda a sua elaboração teórica diz respeito ao que se coloca “além (ou aquém) do princípio do prazer”, isto é, refere-se à constituição de uma integridade subjetiva – egoica – a partir de uma condição de desamparo radical e de uma dependência igualmente radical do bebê diante de seus objetos primários. A doença mental é o que se cria ao longo do processo que deveria conduzir da dependência absoluta a uma relativa autonomia. Isso porque, quase sempre, esta certa autonomia é adquirida à custa da integração subjetiva.

Neste sentido, a esquizoidia básica, tema central em Fairbairn (que será desenvolvida posteriormente), caracteriza-se por uma autonomia patológica do psiquismo, sendo que o que a subjaz é uma permanente impossibilidade de superar, de fato, a condição de dependência. Na perspectiva do autor, a dissociação esquizoide consiste, então, no fato de o indivíduo permanecer fechado em seu mundo próprio, mantendo uma dependência absoluta em relação aos objetos internos, e isolando-se do mundo compartilhado, que lhe é insuportável, invasivo, visto de modo quase delirante.

Como numa luta infundável e quase sempre fracassada para sair da condição de dependência total, as forças libidinais do indivíduo procuram se ligar a objetos

confiáveis. Diferentemente de Freud, para quem a pulsão se orienta na direção da descarga e procura objetos, apenas, como meios para reduzir as tensões energéticas e gerar prazer, Fairbairn acredita que as pulsões são forças do ego e procuram fundamentalmente objetos a que possam se ligar. Nesse sentido, o prazer não viria da descarga e da redução subsequente das tensões, mas, sim, do contato com o objeto confiável, empático e capaz de responder às necessidades vitais do bebê. De acordo com Figueiredo e Araújo (2013, p. 17),

Na verdade, mais que de “prazer”, trata-se de uma tarefa mais básica e anterior à obtenção de satisfação instintiva: a de constituir uma rede de contatos de vínculos estáveis e bons. Só a partir disso é que o processo de superação da dependência total do bebê poderia progredir no rumo de uma autonomia sadia e madura, que se configura como *interdependência*.

Nesta perspectiva, a procura por bons objetos para a formação de vínculos seria anterior à procura do objeto para obtenção do prazer, tal como concebido por Freud (descarga de libido). Fairbairn (1940) afirmava, inclusive, que sua concepção da pulsão que procura objetos e não o prazer da descarga era *melhor e superava* a de Freud. Trata-se, na verdade, de um dos pontos mais polêmicos da obra de Fairbairn, levando, inclusive, a dificuldades na recepção de suas ideias e contribuições¹.

No que se refere à presente investigação acerca da esquizoidia, penso ser fundamental apresentar o pensamento deste grande psicanalista, especialmente sua produção acerca desse quadro clínico².

3.2.1 Ampliação do fenômeno esquizoide segundo Fairbairn

Fairbairn (1940/1980) aponta que os processos esquizoides foram adquirindo relevância em seus estudos, proporcionando material interessante e frutífero no

¹ Mesmo Winnicott e Masud Kahn, que intuíram que havia um rico campo e material a ser encontrado nos achados clínicos de Fairbairn, num primeiro momento, acharam suas ideias um tanto quanto grandiosas e essas pretensões injustificáveis. Até que Winnicott (1967\1994), ao final de uma exposição de sua própria trajetória (intitulado *D.W. Winnicott por D.W. Winnicott*), no ano de 1967 (quatro anos antes de falecer), expressou-se da seguinte maneira: “Estou me dando conta hoje de que Fairbairn efetuou uma contribuição tremenda”.

² No ano de 1953, Winnicott e Masud Khan (1953/1994) apresentaram uma resenha acerca do livro *Psycho-Analytic studies of the personality* (1952), publicado no *International Journal of Psycho-Analysis*. Neste, apontam que Fairbairn efetuou uma tentativa sincera e ousada de revisar a metapsicologia psicanalítica à luz de sua própria experiência clínica e que, concordando ou não com sua teoria, havia muito a se ganhar com o estudo de sua maneira (método) de encarar as coisas.

campo total da psicopatologia. Dentre suas várias considerações acerca do quadro, o próprio autor destaca algumas em especial:

- a) já que as condições esquizoides constituem, entre todos os estados psicopatológicos, os mais enraizados, oferecem uma oportunidade ímpar para estudar não só os fundamentos da personalidade, como também os processos mentais mais básicos;
- b) a análise terapêutica do caso esquizoide possibilita estudar a gama mais ampla de processos psicopatológicos em um só indivíduo, já que, em tais casos, é comum que só se chegue ao estado final (cisão) depois de utilizados todos os métodos disponíveis para defender a personalidade;
- c) contrariamente à crença comum, os indivíduos esquizoides que não fizeram uma regressão demasiada são capazes de maior discernimento psicológico do que qualquer outro tipo de pessoa, normal ou anormal – o que se deve, pelo menos em parte, ao fato de serem muito introvertidos (isto é, se ocupam com a realidade interna), e de estarem familiarizados com seus próprios processos psicológicos mais profundos (processos que embora não estejam ausentes em indivíduos normalmente classificados como simples “psiconeuróticos”, estão, contudo excluídos da consciência destes indivíduos pelas defesas mais obstinadas e pelas resistências mais tenazes);
- d) também, contrariamente à crença comum, os indivíduos esquizoides se mostram capazes de transferência num grau notável, e apresentam inesperadas possibilidades terapêuticas favoráveis.

Fairbairn (1940/1980) diferencia alguns grupos no que se refere a condições esquizoides manifestas: *esquizofrenia* propriamente dita; *personalidade psicótica de tipo esquizoide*, que, para o psicanalista, caracterizaria a maioria dos casos psicóticos; *caráter esquizoide*, grupo de indivíduos com traços esquizoides definidos, mas que não poderiam ser razoavelmente considerados psicóticos, e *estado esquizoide* ou *episódio esquizoide transitório* – aqui, o autor faz referência à adolescência.

O autor ressalta que é comum encontrarmos traços de natureza esquizoide manifestados por pacientes nos quais os sistemas são psiconeuróticos. Isso ocorre quando as defesas psiconeuróticas pelas quais a personalidade estava protegida se debilitam no decorrer da análise.

Interessante notar que, em muitos pacientes que lhe foram encaminhados com diagnóstico de psiconeuróticos, Fairbairn (1940/1980) observou que estava subjacente uma tendência esquizoide mascarada pelo êxito das defesas. O psicanalista elenca então uma série de casos em que a busca pela psicanálise se dá em função de perturbações tais como: inibições sociais, incapacidade de se concentrar no trabalho, problemas de caráter, tendências sexuais perversas e dificuldades psicosexuais, como impotência e masturbação compulsiva. Inclui também aqueles que se queixam de sintomas aparentemente isolados (temor da loucura ou angústia exibicionista) ou que manifestam desejo de tratamento analítico, sob bases que aparentemente são inadequadas (“porque sinto que me faria bem” ou seria “interessante”).

Fairbairn (1940/1980) aponta que, a partir de seus estudos analíticos, é possível reconhecer como essencialmente esquizoides não apenas fenômenos como a despersonalização completa e a sensação de irrealidade, mas também perturbações relativamente menores ou transitórias do sentido de realidade. Como exemplos, cita, então: sensações de “artificialidade” (referidas a si mesmo e ao ambiente), experiências como a “sensação de vidro”, sensações de estranheza diante de pessoas ou ambiente familiares e sensações de familiaridade com o desconhecido – esta vinculada à experiência do “*déjà vu*”, que, para o autor, faz referência a um processo esquizoide.

Adota também um enfoque similar para fenômenos dissociativos, como o sonambulismo, a fuga, a dupla personalidade e a personalidade múltipla, afirmando, ainda, que a personalidade do histérico contém, invariavelmente, um fator esquizoide, em menor ou maior grau. Vemos então que Fairbairn amplia a conotação do termo “esquizoide”, estendendo sua compreensão dos fenômenos envolvidos no quadro. Inclui, por exemplo, elevada porcentagem de fanáticos, agitadores, criminosos, revolucionários e outros elementos destrutivos em qualquer comunidade. São, também, comuns as características esquizoides entre membros das classes cultas, embora de forma menos acentuada.

Vale destacar que, para Fairbairn (1940\1980), as ocupações intelectuais, sejam literárias, artísticas, científicas ou de outro tipo, parecem exercer atração especial para indivíduos que possuem características esquizoides. Assim, muitas

figuras históricas excepcionais poderiam apresentar caracteres esquizoides ou mesmo ter sido personalidades esquizoides.

Dentre os diversos grupos acima citados, Fairbairn (1940/1980) destaca três características em especial, as quais, adverte, não estariam necessariamente manifestas: atitude de onipotência; atitude de isolamento e desapego; preocupação com a realidade interna. Conscientes ou inconscientes, em qualquer grau, essas características podem estar ocultas em uma atitude superficial de inferioridade e humildade, sendo então conscientemente valorizadas como um segredo precioso. Também as atitudes de isolamento e de desapego podem estar, na verdade, mascaradas por uma fachada de sociabilidade e/ou adoção de papéis específicos, sendo inclusive acompanhadas por uma dose considerável de emoção em certos contextos.

Para Fairbairn (1940/1980, p. 6), a preocupação com a realidade interna recebe um tratamento especial no contexto de seu diagnóstico:

[...] no que se refere à preocupação pela realidade interna, esta é indubitavelmente a mais importante de todas as características esquizoides; e não deixa de estar presente quando a realidade interna é substituída pela realidade externa, identificada com a realidade externa ou sobreposta a esta.

Neste ponto, faz um paralelo com o pensamento de C. G. Jung, no que tange ao conceito de introvertido. Em suas primeiras obras, Jung afirma que a incidência de esquizofrenia (*dementia praecox*) se limitava ao tipo introvertido, reconhecendo, assim, uma associação entre o desenvolvimento da introversão e o da esquizoidia. Na verdade, Fairbairn não aceita a teoria dos tipos psicológicos fundamentais de Jung; ao contrário, sua concepção é de que o grupo esquizoide se baseia em fatores psicopatológicos e não em fatores temperamentais, como na concepção junguiana. Considera que, diferentemente de introvertido, o termo esquizoide tem a vantagem imprescindível de não ser simplesmente descritivo e, sim, explicativo no sentido psicogenético.

Um ponto central a ser observado na compreensão de Fairbairn (1940/1980), sobre o qual, inclusive, reconhece que pode receber críticas, é de que *todos nós, sem exceção, devemos ser considerados esquizoides*.

Para ele, o fenômeno esquizoide fundamental é a presença de dissociações no ego; e, dessa forma, ninguém poderia proclamar que seu ego estaria perfeitamente

integrado, em níveis mais profundos, ou que dissociações nunca se manifestariam em circunstâncias de extremo sofrimento, dificuldades ou privações. No seu entender, certo grau de dissociação do ego está invariavelmente presente num nível mental mais profundo, e, citando Melanie Klein, lembra que a posição básica da psique é, invariavelmente, uma *posição esquizoide*.

Em sua fundamentação, Fairbairn (1940/1980) aponta o sonho (fenômeno universal) como prova de que todos somos esquizoides nos níveis mais profundos, já que o próprio sonhador está comumente representado no sonho por duas ou mais figuras diferentes. Também o superego descrito por Freud deve ser interpretado como envolvendo a presença de uma dissociação no ego – na medida em que o superego é considerado como uma estrutura egoica capaz de se diferenciar do “ego” como tal, sua existência mesma oferece provas de que se estabeleceu uma posição esquizoide.

Para Fairbairn (1940/1980), o conceito de dissociação do ego, do qual o termo esquizoide extrai seu significado, só é claro quando visto de uma perspectiva psicogenética. Considera, então, o que está envolvido no processo de desenvolvimento do ego. Apontando que Freud atribui maior importância à função adaptativa (realizada ao se relacionar a atividade instintiva primária com as condições prevalentes na realidade externa, condições sociais), recorda que o ego também realiza funções integradoras, tais como: integração das percepções da realidade e integração da conduta. Outra função importante do ego é a discriminação entre a realidade interna e a externa.

Segundo o autor, a dissociação do ego tem o efeito de comprometer o desenvolvimento progressivo de todas as funções em graus e proporções variadas. Imaginando uma “escala teórica de integração”, propõe que o polo superior da escala seja representado pela integração completa e o inferior, pelo fracasso completo na integração, com todos os graus intermediários.

Nesta escala, os esquizofrênicos teriam seu lugar no limite inferior; as personalidades esquizoides um ponto acima; os caracteres esquizoides um lugar ainda mais elevado e o topo da escala estaria representado por aqueles que tiveram uma integração perfeita e ausência de dissociação, o que deve ser considerado, apenas, como uma possibilidade ideal.

Fazendo uso dessa escala, Fairbairn (1940/1980) apresenta uma análise muito refinada no que tange à possibilidade de alguns indivíduos manifestarem traços

esquizoides sob condições suficientemente extremas. Outros, porém, sofreriam dissociações do ego em vivências que implicam readaptações (adolescência, casamento), ao passo que há aqueles que podem manifestar tais traços, inclusive, nas condições mais comuns da vida.

Chamo atenção, neste momento, para uma questão-chave do pensamento de Fairbairn acerca da esquizoidia. Trata-se da origem dessa patologia. Reconhecendo o trabalho de outros psicanalistas (Abraham, especialmente) que se debruçaram sobre o desenvolvimento libidinal, em que viam as manifestações clínicas de ordem esquizoide originadas numa fixação na primeira fase oral, o autor vai além, não se limitando a essa ideia.

Para Fairbairn (1940/1980), o problema implicado na dissociação do ego merece atenção especial. Propõe-se, então, a considerar alguns dos desenvolvimentos que parecem depender de uma fixação na primeira fase oral, ou estar poderosamente influenciados por ela, desempenhando, assim, papel fundamental para determinar o padrão da atitude esquizoide. Em sua concepção, o ego do bebê pode ser descrito antes de tudo como um ego bucal, sendo sua influência acentuada no caso dos que, posteriormente, manifestam características esquizoides. Referindo-se ao bebê, a boca é o órgão principal do desejo, principal meio de satisfação e frustração, principal via do amor e do ódio e, primordialmente, primeiro meio de contato social íntimo, estabelecido com a mãe. De fato, o cerne dessa relação é a amamentação, em que o seio oferece o ponto focal do objeto libidinal e a boca o ponto focal da própria atitude libidinal.³

³ Segundo Winnicott (1953/1994), nessa citação, é possível encontrar todas as características da maneira que Fairbairn tem de olhar para um bebê (que inclusive indaga se realmente Fairbairn está olhando para um bebê). Aponta que devemos notar aqui a designação do relacionamento mãe-criança como “relacionamento social”, a igualação do bebê com o indivíduo adulto que ele vai ser, a caracterização do seio como “seu objeto libidinal [do bebê]”, e a atribuição de uma “atitude libidinal” à boca do bebê. Apontam que se pode alegar, em favor de Fairbairn, que ele está verbalizando um estado primário pré-verbal, mas o exame do desenvolvimento dessa hipótese mostraria ao leitor que isso não poderia ser levado em consideração no que segue, pois Fairbairn começa por um bebê que é um ser humano total, um ser que experiencia a relação com o seio como um objeto separado, um objeto que experienciou e a respeito do qual tem ideias complicadas. É fundamental salientar que nessa resenha sobre o livro *Psychoanalytic studies of the psychoanalysis* (1953), de Fairbairn, escrita em parceria com Masud Khan, Winnicott critica Fairbairn por não considerar adequadamente a imaturidade do bebê, o qual não teria a possibilidade de relacionar-se com objetos bons ou maus. Para Winnicott, isso só seria possível se cuidados suficientemente bons tivessem sido dados na primeira infância, levando a criança à maturidade, que caracteriza a integração da pessoa como uma unidade e a possibilidade de estabelecer relacionamentos também com pessoas inteiras. O autor avalia que Fairbairn se refere à situação inicial, na qual há um bebê que não pode, ainda, diferenciar entre si-mesmo e os objetos. É por isso que ele diz ser necessário compreender o que ocorre antes do período em que o bebê alcançou a possibilidade de estabelecer relações com objetos (quando será possível diferenciar entre um dentro e um fora, entre Eu

Neste sentido, Fairbairn defende que o caráter da relação, assim estabelecida, exerce uma profunda influência sobre as relações do indivíduo e sobre a sua atitude social posterior em geral. Quando as circunstâncias são tais que originam uma fixação libidinal na situação oral precoce em questão, a atitude libidinal apropriada à primeira fase oral persiste de forma exagerada, dando origem a efeitos de grande alcance.

A natureza desses efeitos é mais bem considerada à luz dos aspectos principais que caracterizam a atitude oral precoce, assim sintetizados pelo autor:

- a) embora a relação emocional envolvida seja essencialmente entre a criança e a mãe como uma pessoa, e embora devamos reconhecer que o objeto libidinal da criança é realmente a mãe como um todo, não obstante, o interesse libidinal está essencialmente localizado no seio, e o resultado é que, na proporção em que ocorrem perturbações nessa relação, o próprio seio tende a assumir o papel de objeto libidinal, isto é, o objeto libidinal tende a assumir a forma de um órgão corporal ou objeto parcial (em contraste com o de pessoa, ou objeto total);
- b) a atitude libidinal é essencialmente uma atitude em que predomina o aspecto de tomar sobre o de dar;
- c) a atitude libidinal se caracteriza não só por tomar, mas também por incorporar e internalizar;
- d) a situação libidinal confere uma significação enorme aos estados de plenitude e vazio.

Passo, a seguir, a aprofundar cada uma dessas tendências apontadas pelo autor.

3.2.1.1 Tendência para a orientação precoce a um objeto parcial (órgão corporal)

Para Fairbairn (1940/1980), o efeito desta tendência esquizoide é o de tratar os outros como sendo menos que pessoas com um valor próprio. O indivíduo esquizoide

e não Eu), bem antes de a criança alcançar o estágio em que se sente como uma pessoa inteira que se relaciona com os outros como pessoas inteiras. É a compreensão desse período que nos possibilitará entender o que Winnicott quer dizer com colocar a situação penosa dentro do controle onipotente. É essa maneira de trabalhar que faz Fairbairn teorizar categoricamente que a “libido busca objetos”. Fairbairn, entretanto, mais tarde, vê que é muito difícil manter consistentemente a ideia de que o bebê é sempre uma entidade separada, a buscar objetos desde dentro de sua própria existência como entidade.

tem enorme dificuldade em distinguir entre a realidade interna e externa e trata os objetos libidinais como meios para satisfazer as próprias necessidades.

Fairbairn (1940/1980) aponta que a orientação para objetos parciais em indivíduos que manifestam traços esquizoides é, em grande parte, um fenômeno regressivo determinado por uma relação emocional insatisfatória com os pais, em especial com a mãe, numa etapa da infância subsequente à fase oral precoce, em que se origina essa orientação. Destaca, em especial, a mãe que fracassa em convencer o filho, por meio de expressões espontâneas e sinceras de afeto, de que o quer como pessoa⁴, destacando dois tipos a que se aplica essa ideia: a mãe possessiva e a indiferente. Para ele, a que traz consequências piores para o indivíduo talvez seja aquela que produz a impressão tanto de domínio como de indiferença.

O fracasso por parte da mãe em convencer o filho de que realmente o ama como pessoa dificulta a sustentação de uma relação emocional com ela sobre uma base pessoal; o resultado é que o indivíduo tende a simplificar a situação, regredindo, revivendo a relação com o seio como objeto parcial, substituindo os contatos afetivos por contatos corporais. A isso Fairbairn (1940\1980) descreve como despersonalização do objeto ou desafetivação da relação objetal.

3.2.1.2 Predomínio do tomar sobre o dar na atitude libidinal

Fairbairn (1940/1980) aponta que os indivíduos com tendência esquizoide sentem muita dificuldade em atribuir sentido emocional à experiência, o que se deve à atitude regredida na fase oral precoce, caracterizada pela predominância do tomar. Recorda que a tendência incorporativa oral é a mais fundamental de todas as tendências e implica, essencialmente, a atitude de receber. Nesse sentido, em um nível mental profundo, tomar é emocionalmente equivalente a acumular conteúdos corporais, enquanto dar é emocionalmente equivalente a perder conteúdos corporais.

Fairbairn (1940/1980, p. 12) escreve:

De acordo com isso, no caso do indivíduo com uma tendência esquizoide, há uma supervalorização dos conteúdos mentais correspondentes à supervalorização dos conteúdos corporais implicada na atitude incorporativa oral precoce. Essa supervalorização

⁴ Segundo Winnicott (1953/1994), Fairbairn não esclarece qual a natureza e quais são os distúrbios no relacionamento mãe-bebê. Indo além, critica que, nesse contexto, não está claro se a mãe apenas “provoca a regressão” a esse estado inicial ou se é a criadora dele.

dos conteúdos mentais se mostra, por exemplo, na dificuldade que o indivíduo com uma tendência esquizoide experimenta para expressar a emoção num contexto social.

Segundo o autor, para o indivíduo esquizoide, o “dar” na manifestação (expressão) do afeto para os outros tem o significado de perder conteúdos, por isso, sempre tende a sentir o contato social como esgotante. Assim, estar na companhia dos outros significa perder seus próprios valores, daí advém a necessidade de períodos de isolamento, solidão, de modo a se preencher novamente.

Em casos de indivíduos em que essa tendência é acentuada: “[...] a defesa contra a perda emocional dá lugar a repressão do afeto e a uma atitude de desapego que leva os outros a vê-los como distantes, e, em alguns casos extremos, inclusive como inumanos” (FAIRBAIRN, 1940/1980, p. 13). O autor apresenta duas técnicas defensivas usadas por esquizoidees ante sua dificuldade de dar no sentido emocional: a técnica de representar papéis e a técnica exibicionista. Traz então uma vinheta clínica para ilustrar a primeira. Trata-se de um jovem com característica acentuadamente esquizoide que adentrara seu consultório para a primeira entrevista trazendo uma citação de Freud. Durante o tratamento psicanalítico, ficou claro que adotara o papel de um devoto da psicanálise como uma defesa contra um contato emocional verdadeiro com o analista e contra um dar emocional verdadeiro.

Assim, ao representar um papel ou atuar num papel adotado, o indivíduo esquizoide é capaz de expressar, frequentemente, bastante sentimento, fazendo com que seus contatos emocionais com outros pareçam genuínos; porém, na realidade, não está dando nem perdendo nada, já que sua própria personalidade não está envolvida, considerando que apenas representa um papel. Em seu íntimo, não reconhece como próprio o papel que está representando, buscando assim manter intacta sua personalidade e imune a todo compromisso. Importante destacar aqui que esse comportamento pode ser consciente em alguns casos e inconsciente em outros, tornando-se evidente no decurso do tratamento analítico.

Sobre a técnica exibicionista, sempre inconsciente, para o autor ela desempenha um papel importante na mentalidade esquizoide, estando estritamente relacionada à tendência a adotar papéis e frequentemente mascarada pela angústia. Interessante notar que, aqui, Fairbairn (1940/1980) traz exemplos de indivíduos com disposição esquizoide que se sentem atraídos por atividades artísticas e literárias, as quais lhes oferecem um vasto campo de expressões exibicionistas, sem implicar em

contato social direto; trata-se de uma forma de dar sem dar, por meio da substituição do dar por mostrar.

3.2.1.3 Fator incorporativo na atitude libidinal

Segundo Fairbairn (1940/1980), a atitude oral é também caracterizada por incorporar ou internalizar. Sendo assim, frente a uma experiência de frustração emocional, gera-se restabelecimento regressivo da atitude oral precoce, isso nas situações em que a criança chegue a sentir que *a mãe não a quer realmente como pessoa e que seu próprio amor pela mãe não é realmente valorizado e aceito por esta*. Fairbairn continua:

Trata-se de uma situação muito traumática que dá lugar a uma situação subsequente caracterizada por: (a) A criança chega a considerar a mãe como um objeto mau na medida em que esta parece não amá-la. (b) A criança chega a considerar as expressões exteriores de seu próprio amor como más, como o resultado de que, numa tentativa de manter o seu amor tão bom como possível, tenda a retê-lo dentro de si mesma. (c) A criança chega a sentir que as relações de amor com objetos externos em geral são más, ou pelo menos arriscadas. (FAIRBAIRN, 1940/1980, p. 15).

O resultado dessas incorporações/internalizações é que a criança tende a transferir as relações com seus objetos a seu mundo interno – um mundo em que a mãe e o seio já foram instalados sob a influência das experiências de frustração durante a fase oral precoce e das situações de frustração subsequentes. Sendo assim, a incorporação/internalização dos objetos é utilizada como técnica defensiva. Importante salientar que, segundo o autor, esse processo é promovido e/ou instigado pela própria natureza da atitude oral, já que o fim próprio do impulso oral é a incorporação.

Seguindo nessa linha, Fairbairn (1940/1980) aponta que, quando ocorre uma fixação na fase oral precoce, a atitude incorporativa se entrelaça, inevitavelmente, à estrutura do ego. No caso dos esquizoides, há uma grande tendência a que o mundo externo fique pautado única e exclusivamente no mundo interno. Nos casos de esquizofrenia, essa tendência pode ser tão forte que a distinção entre realidade interna e externa acaba por ficar muito obscurecida.

Já em indivíduos com um componente esquizoide, há uma tendência geral de acumular seus valores no mundo interno; ou seja, não somente seus objetos tendem a pertencer mais ao mundo interno do que ao externo, mas também identificam a si mesmos mais intensamente com seus objetos internos. Isso contribui para a dificuldade que experimentam de dá-los afetivamente. Nesses casos, dar ou criar algo não tem valor, o que faz diminuir o respeito por si mesmos, levando-os a se sentirem empobrecidos.

Para esclarecer a questão, Fairbairn (1940/1980) cita dois exemplos similares: o do artista que perde todo o interesse por suas obras assim que as finaliza e o de mães que perdem todo o interesse nos filhos logo depois do nascimento deles. Outra defesa se dá no sentido oposto: a fim de lidar com a sensação de perda, tratam o que produzem como se ainda fosse parte de seus próprios conteúdos, supervalorizando-o por isso. Desse modo, essas mães são indevidamente possessivas com os filhos e incapazes de lhes conferir o status de pessoas separadas, trazendo inevitavelmente consequências para eles. Já o artista pode se defender da sensação de perda de seus conteúdos insistindo em considerar a obra como sua propriedade num sentido não realista, mesmo depois de adquirida por outros.

O autor aponta outra manifestação da ocupação com o mundo interno na tendência do indivíduo esquizoide de fazer uso da intelectualização, em razão da dificuldade em estabelecer contatos emocionais com outras pessoas. Trata-se de uma defesa muito poderosa e muito recorrente na terapia psicanalítica, operando como uma resistência e sendo caracterizada por uma supervalorização dos processos de pensamento. Segundo ele,

[...] devido à ocupação com o mundo interno e a repressão de afeto que a segue, eles têm dificuldade para expressar com naturalidade seus sentimentos para com os outros, e para agir de forma natural e espontânea em suas relações com eles. Isso os leva a fazer um esforço para elaborar seus problemas emocionais intelectualmente no mundo interno (FAIRBAIRN, 1940/1980, p. 17).

Sendo assim, o indivíduo com características esquizoides busca soluções intelectualizadas para problemas propriamente emocionais. Com isso, os processos de pensamento são altamente libidinizados, convertendo-se na esfera predominante de suas atividades criativas e de autoexpressão; as ideias tendem, pois, a substituir os sentimentos.

Fairbairn (1940/1980) entende que esse divórcio entre o pensamento e o sentimento pode ser explicado somente em função da repressão – ou seja, a parte mais profunda e libidinal do ego é reprimida pela parte mais superficial deste, no qual os processos de pensamento estariam mais desenvolvidos. Devido a isso, esses indivíduos estão frequentemente mais inclinados a construir sistemas intelectuais de tipo elaborado do que a desenvolver relações emocionais com os outros.

Referindo-se a indivíduos com tendência esquizoide, o psicanalista chama a atenção para o fato de existir sempre, em algum grau, a sensação interna de superioridade, em grande parte inconsciente, a qual se baseia numa

[...] supervalorização secreta dos conteúdos pessoais, tanto mentais como físicos, e numa inflação narcisista do ego que surge da posse secreta de objetos libidinais internalizados (por exemplo, o seio materno e o pênis paterno), e de considerável identificação com esses objetos (FAIRBAIRN, 1940/1980, p. 18).

A posse secreta desses objetos internalizados tem, na compreensão do autor, o efeito de levar o indivíduo a sentir que é diferente, excepcional ou único. Porém, ao se investigar mais atentamente, nota-se que isso está estritamente associado a uma sensação de ser aquele que está “sobrando”; inclusive nos sonhos, um tema recorrente é o de ser deixado de fora das mais diversas situações.

Indagando ainda mais a respeito das fontes dessa sensação de ser diferente dos outros⁵ que caracteriza os indivíduos com um elemento esquizoide na personalidade, Fairbairn (1940/1980) apresenta alguns de seus outros traços:

- a) no início da vida, esses indivíduos alcançaram a convicção, seja através da aparente indiferença ou da aparente possessividade por parte da mãe, de que ela não os queria e não os valorizava realmente como pessoas com direitos próprios;
- b) influenciados pela sensação resultante de privação e inferioridade, ficaram profundamente fixados na mãe;
- c) a atitude libidinal que acompanha essa fixação não só estava caracterizada por uma extrema dependência, mas também era convertida numa atitude

⁵ Winnicott (1953/1994) reconhece como valiosa e penetrante essa observação de Fairbairn. Ressalta que, infelizmente, sua estrutura teórica estraga a apreciação que fazem desses lampejos de *insight* clínico. Aponta que a contribuição mais valiosa de Fairbairn é a ideia de que, na raiz da personalidade esquizoide, acha-se este fracasso por parte da mãe em ser sentida pelo bebê como amando-o por seu próprio direito como pessoa. Ressalta que é muito difícil perceber se Fairbairn considera esse fracasso materno como sendo verdadeiramente da mãe ou a projeção sobre ela do ódio da criança.

altamente autoconservadora e narcisista pela angústia ante uma situação de ameaça para o ego;

- d) através da regressão à atitude da fase oral precoce, não somente se intensificou o investimento libidinal de um “seio-mãe” já internalizado, mas também o próprio processo de internalização se estendeu demasiadamente a relações com outros objetos;
- e) isto resultou em uma supervalorização geral do mundo interno a expensas do externo.

3.2.1.4 Esvaziamento do objeto como uma implicação da atitude libidinal

Segundo Fairbairn (1940/1980), o esvaziamento do objeto é uma implicação do caráter incorporativo da atitude oral precoce. Em situações de privação, a angústia que surge na mente da criança pelo seu próprio vazio relaciona-se à possibilidade de esse vazio afetar o seio da mãe.⁶ Assim, interpreta qualquer vazio aparente ou real do seio como devido às suas próprias tentativas de incorporação; dessa forma, experiencia a angústia de ser ela a responsável pelo desaparecimento e destruição, não só do seio, mas da própria mãe.

Importante ressaltar que a criança não tem ainda experiência organizada ou maturidade para lidar com essa privação; sendo assim, toda situação traumática surgida da privação durante a fase oral precoce é reprimida, e a angústia ligada a essa situação persiste no inconsciente, pronta para ser reativada por outras experiências similares. Ante uma acentuada fixação na fase oral precoce, a situação traumática está particularmente predisposta a se reativar, caso, depois, a criança sinta que não é realmente amada e valorizada como pessoa pela mãe, e que esta realmente não aprecia nem aceita seu amor como bom.

Fairbairn (1940/1980) salienta que a fase oral precoce é pré-ambivalente, o que é muito importante, pois a conduta oral da criança durante essa fase representa a primeira forma de o indivíduo expressar seu amor, sua primeira relação amorosa e fundamento sobre o qual se baseiam suas futuras relações com objetos de amor.

⁶ Na apreciação de Winnicott (1953/1994), Fairbairn menciona “situações de privação”, mas sem tornar claro se elas são o resultado de uma deficiência no cuidado da mãe ou inevitáveis no cuidado infantil. Ao sustentar que as duas são o mesmo, por causa da maturidade imperfeita de todas as pessoas (inclusive as mães), tem-se de dizer, então, que Fairbairn não encontrou uma linguagem em que se abranja tanto o normal quanto o anormal.

Retomando a situação em que a criança fixada na fase oral precoce chega a sentir que a mãe não a ama e nem a valoriza como pessoa, o autor aponta algumas consequências:

[...] o que sucede nessas circunstâncias é que a situação traumática original da fase oral precoce se reativa e se reinstala emocionalmente, e a criança sente então que o motivo da aparente falta de amor da mãe para com ela é que destruiu o afeto materno e o fez desaparecer. Ao mesmo tempo em que sente que o motivo de aparente rejeição da mãe em aceitar o seu amor é que seu próprio amor é mau e destrutivo. (FAIRBAIRN, 1940/1980, p. 21).

Trata-se, pois, de uma consideração central na compreensão do autor, pois caracteriza/descreve a posição esquizoide. Aprofundando ainda mais essa ideia, aponta que o indivíduo com tendência esquizoide tem outro motivo para guardar seu amor dentro de si – ele o sente como muito perigoso para descarregá-lo em seus objetos. Sentindo que seu próprio amor é mau, está inclusive disposto a interpretar o amor dos outros de forma similar.

A partir disso, o indivíduo com tendência esquizoide abandona os contatos sociais, antes de tudo, porque sente que não deve amar, já que seu amor é destrutivo, nem ser amado, sendo então tomado por uma compulsão a odiar e ser odiado, enquanto todo o tempo anseia, muito profundamente, por amar e ser amado. Não se contentando em apenas se distanciar, frequentemente toma medidas ativas para afastar os outros de si. Na visão de Fairbairn (1940/1980), essas seriam as duas tragédias esquizoides⁷.

3.3 CONCEPÇÃO E CONTRIBUIÇÕES DE MELANIE KLEIN ACERCA DA PATOLOGIA ESQUIZOIDE

Dando continuidade à proposta deste capítulo, ressalto que o objetivo central é mostrar que, embora Klein tenha se utilizado da compreensão de esquizoidia de

⁷ Acredito que o apontamento mais contundente na resenha do livro *Estudos Psicanalíticos da Personalidade (1952/1980)* de Fairbairn seja acerca da criatividade primária. Winnicott afirma que o autor não concede lugar para a criatividade primária. Fairbairn, diz Winnicott, até poderia contrapor-se a essa crítica, dizendo que, nesse livro, encontra-se a afirmação de que “[...] (uma casa) é um objeto que é buscado, mesmo que, para ser encontrada, tenha primeiramente que se feita”. Contudo, assinala Winnicott, “[...] em parte alguma, ele (Fairbairn) enuncia a maneira pela qual o bebê faz o primeiro objeto (teórico)”. E continua. Em sua teoria, a criatividade psíquica primária não constitui uma propriedade humana; uma série infinita de introjeções e projeções formam a experiência psíquica do bebê. A teoria de Fairbairn se alinha, aqui, com a que foi dada por Klein, que também não prestou tributo à ideia de criatividade psíquica primária.

Fairbairn para conceituar a posição esquizo-paranoide, não se trata da descrição do mesmo fenômeno.

Assim, a partir do viés analítico, Fairbairn caracteriza a esquizoidia como um quadro psicopatológico. Em contraposição, em Klein, a esquizoidia serve para a compreensão dos fenômenos primitivos da relação de objeto.

De fato, Klein apresenta uma série de novas formulações e/ou teorizações acerca do psiquismo, especialmente no que tange ao desenvolvimento inicial e às patologias psicóticas. Notamos que ela não só traz uma nova concepção do Complexo de Édipo e do superego, como também propõe uma modificação conceitual progressiva e fundamental no campo psicanalítico. Cito algumas: as noções de ansiedade, objeto interno, fantasia inconsciente, agressividade, introjeção e projeção, as quais passaram a ocupar um lugar central no trabalho da psicanalista.

No início, esses conceitos ainda se mostravam de forma assistemática, ganhando novos contornos na publicação de seu conhecido artigo *Uma Contribuição à Psicogênese dos estados maníaco-depressivos* (1935), em que propõe então duas teorizações interligadas: a do desenvolvimento inicial e a da origem da doença maníaco-depressiva⁸.

Segundo a autora, no primeiro ano de vida, em torno dos quatro aos cinco meses, ocorre uma mudança significativa nas relações de objeto do lactente – de um objeto parcial para um objeto total. Essa mudança coloca o ego em uma nova posição, de modo que consegue se identificar com seu objeto. Sendo assim, se anteriormente as ansiedades do lactente eram do tipo paranoide e estavam ligadas à preservação do ego, ele passa a possuir um conjunto mais complexo de sentimentos ambivalentes e ansiedades depressivas na relação com o objeto. Ou seja, o bebê passa a ter medo de perder o objeto bom/amado e, além das ansiedades persecutórias, começa a sentir culpa pelos seus ataques (agressividade) contra o objeto, buscando então realizar reparações. É desencadeada uma mudança em suas defesas: o bebê passa a mobilizar as defesas maníacas a fim de aniquilar os perseguidores e lidar com a nova experiência de culpa e desespero. A esse grupo de relações de objeto, ansiedades e defesas, Klein (1935/1996) deu o nome de posição depressiva.⁹

⁸ A doença maníaco-depressiva não será aqui aprofundada por não ser objeto desta pesquisa.

⁹ Segundo Winnicott (1962/1982e), esta é a contribuição mais importante de Melanie Klein. Em sua opinião, se iguala ao conceito de Freud sobre o Complexo de Édipo.

Importante destacar que, em sua teorização, a psicanalista aponta (pela primeira vez, nesse artigo) diferenças entre as duas formas de ansiedade: a paranoide e a depressiva, trazendo uma maior clareza e coesão conceitual e inserindo uma nova oposição entre a relação com o objeto parcial e com o objeto total. Fundamental também é a nova ideia de posição como unidade de desenvolvimento, no lugar de fase ou estágio, tal como proposto anteriormente por Freud.

Para Klein (1935/1996), a “conquista” da posição depressiva é central no desenvolvimento emocional da criança. Dela dependem a saúde emocional e a capacidade de amar, levando assim, se for bem-sucedida, à internalização do objeto bom. Isso não ocorrendo, o que se desenvolve é o adoecimento da criança, em termos de sofrimento e ansiedades psicóticas.

Assim, apesar de a autora atribuir certa centralidade à conquista da posição depressiva, não deixa de contribuir de forma muito significativa para a teoria geral da psicose, incluindo aqui a patologia esquizoide. Ilumina, pois, a natureza geral da posição paranoide (caracterizada pela ansiedade paranoide), as relações de objetos parciais e a cisão dos objetos e emoções. Em suma, amor e ódio são cindidos e, correspondentemente, as relações de objeto são cindidas em boas e más.

Mais adiante, num de seus trabalhos mais significativos, *Notas sobre alguns mecanismos esquizoides* (1946/1996), Melanie Klein apresenta pela primeira vez um relato mais detalhado dos processos psíquicos que ocorrem nos três primeiros meses de vida do lactente. Este primeiro período, antes nomeado por Klein de posição paranoide, ganha nova denominação: posição esquizo-paranoide¹⁰. Define então as características do ego arcaico, as formas de suas relações de objeto e de suas ansiedades, e como isso “ilumina” a natureza dos estados esquizoides, da idealização, da desintegração do ego e dos processos projetivos ligados à cisão, introduzindo o termo “identificação projetiva”. Uma nova perspectiva teórica e clínica é inaugurada na compreensão das patologias psicóticas, especialmente esquizofrenia, fornecendo um relato minucioso dos processos mentais, especialmente dos mecanismos esquizoides que resultam em estados de dissociação esquizofrênica e na despersonalização.¹¹

¹⁰ Klein aponta em uma nota de rodapé acerca desse artigo que estava usando seu termo “posição paranoide” como sinônimo da posição “esquizoide” de Fairbairn. Após maior reflexão, decidiu combinar o termo de Fairbairn com o seu e assim passou a empregar a expressão “posição esquizo-paranoide”.

¹¹ Segundo Winnicott (1962), Klein aprofundou-se cada vez mais nos mecanismos mentais de seus pacientes e aplicou então seus conceitos ao bebê em crescimento. É justamente nesse ponto que o autor entende que Klein cometeu alguns enganos, porque (no entender de Winnicott) profundo em psicologia nem sempre quer dizer precoce. Vai além, aponta que se tornou uma parte importante

A cisão é um conceito central na teorização de Klein acerca da posição esquizo-paranoide. Importante ressaltar que a ideia de cisão aparece em diversos momentos e formas na construção teórica da autora ao longo dos anos¹². Suas contribuições e ideias acerca do tema fazem parte do conceito mais amplo de identificação projetiva, que aparece com destaque no artigo de 1946.

Identificação projetiva é o nome genérico para um número de processos distintos e ainda assim relacionados, ligados à cisão e à projeção. Klein aponta que a principal defesa contra a ansiedade na posição esquizo-paranoide é a identificação projetiva; além disso, esta constrói as relações de objeto narcisistas, que caracterizam esse período em que os objetos são equacionados com partes excindidas e projetados no *self*. Paralelamente a isso, descreve também as ansiedades que acompanham as fantasias de penetrar à força no objeto e controlá-lo, bem como o efeito de empobrecimento do ego pelo uso excessivo da identificação projetiva.

Após anos de reflexão acerca dos mecanismos e ansiedades arcaicas de natureza paranoide e esquizoide, Klein (1946/1996) compartilha suas hipóteses sobre os estágios muito iniciais do desenvolvimento, extraídas de material obtido em análises de adultos e crianças, algumas das quais estariam em consonância com observações do campo psiquiátrico.

3.3.1 Relações de objeto e mecanismos de defesa

Inicialmente descrito como a “fase persecutória”, esse período inicial foi posteriormente denominado pela autora “posição paranoide” e, como foi elucidado anteriormente, precederia a posição depressiva:

Se os medos persecutórios forem muito intensos, e por essa razão (entre outras) o bebê não puder elaborar a posição esquizo-paranoide, a elaboração da posição depressiva ficará, por sua vez, impedida. Tal

da teoria de Klein pressupor uma posição esquizo-paranoide que data do início mais precoce. No entender de Winnicott, este termo é pouco apropriado, apesar de reconhecer que não se pode ignorar o fato de que se encontra, de maneira vital, dois mecanismos: medo de retaliação e *splitting* do objeto em “bom e mau”. Porém, o autor aponta que Klein parecia ignorar o fato de que com cuidados (suficientemente bons) da mãe, esses dois mecanismos poderiam se tornar relativamente sem importância, até que a organização do ego torne o bebê capaz de fazer uso dos mecanismos de introjeção e projeção a fim de obter controle sobre os objetos. Para Winnicott, se não há cuidados suficientemente bons, o resultado é o “caos”, mais do que o medo de retaliação e *splitting* do objeto “bom e mau”.

¹² Cf. *The Development of a child*, *The Psycho-Analysis of children* (1932), *Personification in the Play of Childrens* (1929) e *The Importance of Symbol Formation in the Development of the Ego*.

fracasso pode levar a um reforço regressivo dos medos persecutórios e fortalecer os pontos de fixação para as posições graves (isto é, o grupo das esquizofrenias). Uma outra consequência de dificuldades sérias que surgem durante o período da posição depressiva poderá ser os distúrbios maniaco-depressivos na vida futura. Conclui também que em perturbações menos graves do desenvolvimento os mesmos fatores influenciam grandemente a escolha da neurose (KLEIN, 1946/1996, p. 22)

Embora a psicanalista tenha suposto que o resultado da posição depressiva dependa da elaboração do momento precedente, atribui a essa posição um papel central no desenvolvimento da criança. Isso se deve à introjeção do objeto como um todo, fazendo com que as relações de objeto do bebê se alterem fundamentalmente.

Neste ponto do trabalho, destaco, especialmente, um elo de ligação entre a proposta desta pesquisa e as concepções de Fairbairn. Logo no início do artigo, Klein (1946) aponta que Fairbairn havia examinado atentamente o tema, tão caro à psicanalista, ressaltando os pontos essenciais de concordância e discordância entre eles.

Para ela, a abordagem de Fairbairn se deu, principalmente, a partir do ângulo do desenvolvimento do ego em relação aos objetos, sendo sua perspectiva voltada, fundamentalmente, às ansiedades e suas vicissitudes. Fairbairn havia denominado a fase mais antiga da “posição esquizoide”, afirmando que ela fazia parte do desenvolvimento normal, considerando de extrema importância sua descrição dos fenômenos esquizoides do desenvolvimento e de grande valia para a compreensão do comportamento esquizoide e da esquizofrenia.

Outro ponto de concordância destacado por Klein (1946/1996) é a ideia de Fairbairn de que o grupo dos distúrbios esquizoides ou esquizofrênicos é muito mais amplo do que tem sido reconhecido. Para ela, o termo “posição esquizoide” de Fairbairn seria apropriado se fosse compreendido como abrangendo tanto o medo persecutório como os mecanismos esquizoides¹³. Após reconhecer e apontar os aspectos comuns entre ambos e o valor das contribuições de Fairbairn, a autora apresenta alguns pontos de discordância:

Discordo, para mencionar em primeiro lugar as questões mais básicas, da sua teoria da estrutura mental e da teoria das pulsões. Discordo também de seu ponto de vista de que no início apenas o objeto mau é

¹³ “Como resultado dessa abordagem, ele [Fairbairn] não dá peso suficiente à importância das ansiedades e conflitos arcaicos e seus efeitos dinâmicos sobre o desenvolvimento” (KLEIN, 1946/1996, p. 23)

internalizado, ponto de vista que, a meu ver, contribui para diferenças importantes entre nós, no que diz respeito ao desenvolvimento das relações de objeto, bem como ao desenvolvimento do ego. Isto por que considero que o seio bom introjetado constitui uma parte vital do ego e exerce desde o início uma influência fundamental no processo de desenvolvimento do ego, afetando tanto a estrutura do ego como as relações de objeto. Divirjo também da concepção de Fairbairn de que “o grande problema do esquizoide é como amar sem destruir pelo amor, enquanto o grande problema do depressivo é como amar sem destruir o ódio” (KLEIN, 1946/1996, p. 23).

Segundo Klein, essa conclusão de Fairbairn se dá por conta de sua rejeição do conceito de pulsões primárias (de Freud) e também de sua subestimação do papel que a agressão e o ódio desempenham desde o início da vida. Para a psicanalista, “Como resultado dessa abordagem, ele não dá suficiente importância às ansiedades e aos conflitos arcaicos e seus efeitos dinâmicos” (KLEIN, 1946/1996, p. 23).

A autora destaca alguns problemas do ego arcaico, não parecendo convencida das teorias de autores como Glover (particularmente seu conceito de núcleos do ego) e também de Fairbairn (teoria de um ego central e dois egos subsidiários). Nesse ponto, aponta que a ideia de Winnicott de “não-integração” do ego arcaico, apresentada mais especificamente no texto *Desenvolvimento emocional primitivo* (1946/1996), era a mais útil nesse contexto. Ressalta também que, em grande medida, falta coesão ao ego arcaico e que uma tendência à integração se alterna com uma tendência à desintegração, a um despedaçamento. A seu ver, essas flutuações são características dos primeiros meses de vida.¹⁴

Klein (1946/1996) supõe que algumas funções que se encontram no ego mais tardiamente, na verdade, lá estão desde o início. Entre elas, destaca a de lidar com a ansiedade. A psicanalista considera que a ansiedade surge da operação da pulsão de morte dentro do organismo, e esta é sentida como medo de aniquilamento (morte), tomando a forma de perseguição.

O medo do impulso destrutivo parece ligar-se imediatamente a um objeto, ou melhor, é vivenciado como medo de um incontrolável objeto dominador. Outras fontes importantes da ansiedade primária são o trauma do nascimento (ansiedade de separação) e a frustração de necessidades corporais. E também essas experiências são sentidas desde o início como sendo causadas por objetos. Mesmo se os objetos

¹⁴ Winnicott (1962\1983) critica as concepções de Melanie Klein no que se refere à pouca importância que a autora dá à influência do ambiente, nunca reconhecendo que juntamente com a dependência absoluta da fase precoce do bebê, um período em que não é possível descrever um bebê sem descrever a mãe de quem o latente ainda não se tornou capaz de se separar para se tornar um si-mesmo.

são sentidos como externos, através da introjeção eles se tornam perseguidores internos e assim reforçam o medo do impulso destrutivo interno. (KLEIN, 1946/1996, p. 24).

A necessidade vital de lidar com a ansiedade força o ego arcaico a desenvolver mecanismos de defesas fundamentais. O impulso destrutivo é projetado para fora, e sendo assim, prende-se ao primeiro objeto externo, no caso, o seio da mãe. A psicanalista aponta, citando Freud, que “[...] a porção restante do impulso destrutivo é em alguma medida ligada pela libido no interior do organismo” (KLEIN, 1946/1996, p. 24). No entanto, ressalta: nenhum desses processos cumpre inteiramente o seu propósito e, dessa forma, a ansiedade de ser destruído a partir de dentro permanece ativa. “Parece-me conforme à falta de coesão que, sob a pressão dessa ameaça, o ego tende a despedaçar-se. E esse despedaçamento parece subjazer aos estados de desintegração nos esquizofrênicos” (KLEIN, 1946/1996, p. 24).

Uma questão que se coloca para a autora é se alguns processos ativos de cisão dentro do ego podem ocorrer mesmo num estágio tão inicial. Supõe que o ego arcaico cinde ativamente o objeto e a relação com este, e isso pode implicar certa cisão ativa do próprio ego. De qualquer modo, o resultado da cisão é uma dispersão do impulso destrutivo, sentido como fonte de perigo. Klein (1946/1996) sugere que a ansiedade primária de ser aniquilado por uma força destrutiva interna, com a resposta específica do ego de despedaçar-se ou cindir-se, pode ser extremamente importante em todos os processos esquizofrênicos.

No que concerne aos processos de cisão em relação ao objeto, aponta que o impulso destrutivo projetado para fora é, no início, vivenciado como agressão oral. A psicanalista acredita que os impulsos sádico-orais que são dirigidos ao seio da mãe sejam ativos desde o início da vida, embora os impulsos canibalescos se intensifiquem com o início da dentição. É importante notar que, em estados de frustração, os desejos sádico-orais e canibalescos são reforçados, e o bebê sente ter tomado para dentro de si o mamilo e o seio em pedaços. Sendo assim,

Além da separação entre um seio bom e um seio mau na fantasia do bebê, o seio frustrador – atacado em fantasias sádico-orais – é sentido como fragmentado; e o seio gratificador – tomado para dentro sob a prevalência da libido de sucção – é sentido como inteiro (KLEIN, 1946/1996, p. 25).

No entender da autora, esse primeiro objeto bom (interno) atua como um ponto focal no ego. Ele contrabalança os processos de cisão e dispersão, é responsável pela coesão e integração e é instrumental na construção do ego.

Neste ponto, novamente faz menção a Winnicott, destacando que o autor se referiu ao mesmo processo, porém, a partir de outro ângulo, descrevendo como a integração e a adaptação à realidade dependem essencialmente da experiência que o bebê tem do amor e do carinho da mãe.

Dando continuidade à construção de Klein (1946/1996), o sentimento do bebê de ter dentro de si um seio bom e inteiro pode, apesar disso, ser abalado pela frustração e pela ansiedade. A consequência disso é que pode se tornar difícil manter a separação entre o seio bom e o mau, e o lactente pode sentir que também o seio bom está despedaçado.

Klein (1946/1996) acredita que o ego é incapaz de cindir o objeto (interno e externo) sem que ocorra uma cisão correspondente dentro dele. Ocorrem, assim, as fantasias e os sentimentos sobre o estado do objeto interno, as quais influenciam vitalmente a estrutura do ego:

Quanto mais o sadismo prevalece no processo de incorporação do objeto e quanto mais o objeto é sentido como estando em pedaços, mais o ego corre perigo de cindir-se em correspondência aos fragmentos do objeto internalizado (KLEIN, 1946/1991, p. 25).

Tais processos descritos por Klein estão ligados à vida de fantasia do bebê, e as ansiedades que estimulam o mecanismo de cisão são também de natureza fantasiosa. É, pois, em fantasia que o bebê cinde o objeto e o *self*, mas o efeito dessa fantasia é bastante real, pois sucede que sentimentos e relações fiquem isolados uns dos outros.

Outro ponto importante destacado pela psicanalista refere-se à projeção e introjeção, também usadas no início da vida e a serviço do objetivo primário do ego de defender-se contra a ansiedade. A projeção origina-se da deflexão da pulsão de morte para fora e, a seu ver, ajuda o ego a superar a ansiedade livrando-o de perigos e de coisas más. A introjeção do objeto bom é também usada pelo ego como uma defesa contra a ansiedade.

Klein (1946/1996) aponta que outros mecanismos estão ligados à projeção e à introjeção, mas se interessa, particularmente, pela conexão entre cisão, idealização e negação. No que diz respeito à cisão do objeto, a psicanalista lembra que, nos estados

de gratificação, os sentimentos amorosos se voltam para o seio gratificador, ao passo que nos estados de frustração, o ódio e a ansiedade persecutória se ligam ao seio frustrador. Segundo ela,

A idealização está ligada a cisão do objeto, pois os aspectos bons do seio são exagerados como uma salvaguarda contra o medo do seio persecuidor. Embora a idealização seja, assim, o corolário do medo persecutório, ela origina-se também do poder dos desejos pulsionais que aspiram a uma gratificação ilimitada e criam então a imagem de um seio inexaurível e sempre generoso – um seio ideal. (KLEIN, 1946/1996, p. 26).

Um exemplo de tal cisão se encontra na gratificação alucinatória infantil. Para a autora, os principais processos que entram em jogo na idealização operam também na gratificação alucinatória, a saber, cisão do objeto e negação, tanto da frustração como da perseguição. O objeto frustrador e persecuidor é mantido completamente separado do objeto idealizado. No entanto, Klein (1946/1996, p. 26) ressalta: “[...] o objeto mau não é apenas mantido separado do bom, sua própria existência é negada, assim como são negados toda a situação de frustração e os maus sentimentos (dor) a que a frustração dá origem”.

No entender da autora, isso se relaciona com a negação da realidade psíquica. Esta só se torna possível através de fortes sentimentos de onipotência, característica essencial da mentalidade arcaica. A negação onipotente da existência do objeto mau e da situação de dor é, para o inconsciente, igual à aniquilação pelo impulso destrutivo. Importante destacar que não apenas uma situação e um objeto são negados e aniquilados: é uma relação de objeto que sofre esse destino e, portanto, uma parte do ego, da qual emanam os sentimentos pelo objeto, é negada e aniquilada também.

Sendo assim, Klein (1946/1996) destaca que, na gratificação alucinatória, ocorrem dois processos inter-relacionados: “A invocação onipotente do objeto e da situação ideais e a igualmente onipotente aniquilação do objeto mau persecutório e da situação de dor. Esses processos baseiam-se na cisão tanto do objeto como do ego” (KLEIN, 1946/1996, p. 26). Faz menção de que, nessa fase inicial, a cisão, a negação e a onipotência desempenham um papel semelhante ao da repressão num estágio posterior do desenvolvimento do ego. Destaca que, ao se considerar a importância dos processos de negação e onipotência, num estágio caracterizado por medo persecutório e mecanismos esquizoides, podem ser citados como exemplos os delírios de grandeza e de perseguição nos casos de esquizofrenia.

Ao tratar do medo persecutório e explorando o elemento oral, acrescenta que, ainda sob o domínio da libido oral, impulsos e fantasias libidinais e agressivas, provenientes de outras fontes, passam para o primeiro plano, levando a uma convergência de desejos orais, uretrais e anais, tanto libidinais quanto agressivos. Aponta que também os ataques ao seio da mãe evoluem para ataques de natureza semelhante ao corpo materno, sentido como uma extensão do seio, antes mesmo que a mãe seja concebida como uma pessoa inteira. Para ela,

Os ataques à mãe, em fantasia, seguem duas linhas principais: uma é a do impulso predominantemente oral de sugar até extrair, morder, escavar e assaltar o corpo da mãe despojando-o de seus conteúdos bons. A outra linha de ataque deriva dos impulsos anais e uretrais e implica a expulsão de substâncias perigosas (excrementos), do *self* para dentro da mãe. Junto com os excrementos nocivos, expelidos com ódio, partes excindidas do ego são também projetadas na mãe ou, como prefiro dizer, *para dentro* da mãe. (KLEIN, 1946/1996, p. 26, grifo da autora).

Esses excrementos e essas partes más do *self* são então usados para danificar, controlar e tomar posse do objeto. Nesse sentido, na medida em que a mãe passa a conter as partes más do *self*, ela não é sentida como uma pessoa separada, e sim como sendo o *self* mau. Klein (1946/1996) destaca que muito do ódio contra partes do *self* é agora dirigido contra a mãe, levando a uma forma específica de identificação, que estabelece o protótipo de uma relação de objeto agressiva. Nesse ponto, a psicanalista sugere o conceito de “identificação projetiva”, no que concerne a esses processos. Aponta que, quando a projeção é derivada, principalmente, do impulso do bebê de danificar ou controlar a mãe, ele a sente como um perseguidor. Nos casos de psicose, essa identificação de um objeto com as partes odiadas do *self* contribui para a intensidade do ódio dirigido contra outras pessoas. Referindo-se ao ego, adverte que a excessiva excisão e expulsão de suas partes para o mundo externo o debilita consideravelmente. Nesse caso, porque o componente agressivo dos sentimentos e da personalidade estão intimamente associados na mente com: poder, potência, força e toda uma gama de qualidades desejadas.

Importante destacar que, segundo a autora, não são apenas as partes más do *self* que são expelidas e projetadas, mas também partes boas do *self*. A projeção de sentimentos bons e de partes do *self* para dentro da mãe é fundamental para o bebê, habilitando-o a desenvolver boas relações de objeto e para integrar seu ego. Vale dizer também que, se esse processo projetivo for utilizado de modo excessivo, partes

boas da personalidade são sentidas como perdidas, e a mãe passa a tornar-se o ideal do ego, que resulta no enfraquecimento e empobrecimento deste. Esses processos são, em seguida, estendidos a outras pessoas, gerando dependência exagerada desses representantes externos das partes boas de si mesmo. Outra consequência apontada por Klein (1946/1996) é o medo de que a capacidade de amar tenha sido perdida, pois o objeto amado é sentido como predominantemente amado por ser um representante do *self*.

Esses processos de excisão de partes do *self* e sua projeção para dentro dos objetos são apontados pela psicanalista como vitais e de suma importância, tanto para o desenvolvimento normal como para as relações de objeto patológicas.

O efeito de introjeção sobre as relações de objeto é igualmente importante. A introjeção do objeto bom, em primeiro lugar o seio da mãe, é uma pré-condição para o desenvolvimento normal.

Um aspecto importante destacado por Klein refere-se a um traço característico da relação mais arcaica com o objeto bom (interno e externo), que é a tendência a idealizá-lo.

Em estados de frustração ou de maior ansiedade, o bebê é levado a refugiar-se no seu objeto interno idealizado como um meio de escapar de perseguidores. Várias perturbações sérias podem resultar desse mecanismo: quando o medo persecutório é muito intenso, a fuga para o objeto idealizado se torna excessiva, o que prejudica gravemente o desenvolvimento do ego e perturba as relações de objeto. (KLEIN, 1946/1996, p. 28).

Segundo Klein (1946/1996), o resultado desse mecanismo é de que o ego pode ser sentido como inteiramente condescendente e dependente do objeto interno. Dessa forma, com um objeto idealizado, não apreendido, vem o sentimento de que o ego não tem vida e nem valor próprio. Sugere que fugir para o objeto idealizado não apreendido (e/ou assimilado) requer ainda muitos outros processos de cisão dentro do ego, e isso porque partes dele procuram se unir ao objeto ideal, enquanto outras partes se esforçam em lidar com os perseguidores internos.

O sentimento de que o ego está despedaçado é o resultado das várias formas de cisão deste e dos objetos internos. Esse sentimento corresponde a um estado de desintegração. Vale ressaltar que, no desenvolvimento normal, os estados de desintegração vividos pelo bebê são passageiros. Klein (1946/1996) aponta que a gratificação por parte do objeto bom externo, entre outros fatores, ajuda

reiteradamente a transpor esses estados esquizoides: “A capacidade do bebê de superar estados esquizoides temporários está em conformidade com a grande elasticidade e capacidade de recuperação da mente infantil” (KLEIN, 1946/1996, p. 29).

Aponta então que estados de cisão e/ou desintegração que o ego não consegue transpor (superar), caso ocorram com muita frequência, perdurando por muito tempo, devem ser considerados como sinais de doença esquizofrênica no bebê. Indo além, a psicanalista aponta que alguns indícios dessa doença podem ser observados já nos primeiros meses de vida. Em pacientes adultos, estados de despersonalização e de dissociação esquizofrênica parecem ser, inclusive, uma regressão a esses estados infantis de desintegração.

Segundo a autora, amparada em sua própria experiência clínica, os medos persecutórios intensos e o uso excessivo de mecanismos esquizoides, no período inicial de vida do bebê, podem ter efeito prejudicial sobre o desenvolvimento intelectual, nos estágios iniciais. Considera, inclusive, que algumas formas de deficiência intelectual sejam agrupadas no diagnóstico esquizofrênico, atendo-se à possibilidade de seu surgimento (etiologia) ocorrer no início da vida.

Na normalidade, o curso do desenvolvimento do ego e das relações de objeto depende da medida em que pode ser alcançado um equilíbrio (muito bom) entre introjeção e projeção nesses estágios iniciais, devido à relevância para a integração do ego e a assimilação dos objetos internos. Ressalta que, mesmo quando o equilíbrio é perturbado e um ou outro desses processos é excessivo, sempre existirá ali alguma interação entre introjeção e projeção. Um exemplo dado refere-se à projeção de um mundo interno predominantemente hostil, regido por medos persecutórios, levando à introjeção – a um retornar para si – de um mundo externo hostil; e vice-versa, a introjeção de um mundo externo hostil distorcido reforça a projeção de um mundo hostil.

Outro aspecto dos processos projetivos refere-se à entrada violenta no objeto e ao controle dele por partes do *self*. Sobre isso, afirma:

Como consequência, a introjeção pode então ser sentida como uma irrupção violenta do exterior no interior, em represália à projeção violenta. Isso pode levar ao medo de que não apenas o corpo, mas também a mente, seja controlado por outras pessoas de uma forma hostil. Como resultado, pode haver uma perturbação grave na introjeção de objetos bons – perturbação que impediria todas as

funções do ego, assim como o desenvolvimento sexual, e que poderia levar retirada excessiva para o mundo interno. (KLEIN, 1946/1996, p. 30).

Contudo, analisa que essa retirada é causada não apenas pelo medo de introjetar um mundo externo perigoso, mas também pelo medo de perseguidores internos, refugiando-se, como consequência disto, no objeto idealizado interno.

Referindo-se ao enfraquecimento e ao empobrecimento do ego, que resultam da cisão e identificação projetivas excessivas, Klein (1946/1996) aponta que esse ego enfraquecido se torna também incapaz de assimilar seus objetos internos, e isso conduz ao sentimento de ser por eles governado. Mais uma vez, esse ego enfraquecido se sente incapaz de tomar de volta para si as partes por ele projetadas no mundo externo. Essas várias perturbações na interação entre projeção e introjeção, a qual implicam uma cisão excessiva do ego, exercem um efeito prejudicial sobre a relação com o mundo interno e o externo, e parecem estar na raiz de algumas formas de esquizofrenia.

Como visto, a identificação projetiva está na base de muitas situações de ansiedade. Klein (1946/1996) menciona algumas:

- a) a fantasia de uma entrada violenta no objeto dá origem a ansiedades relativas aos perigos que ameaçam o sujeito, a partir do interior do objeto (por exemplo: os impulsos para controlar um objeto de dentro dele despertam o medo de ser controlado e perseguido, no interior do próprio objeto);
- b) pela introjeção e reintrojeção do objeto, que sofreu uma penetração violenta, os sentimentos de perseguição interna do sujeito são fortemente reforçados, mais ainda porque o objeto reintrojetado é sentido como contendo os aspectos perigosos do *self*. Se existir um acúmulo dessas ansiedades, o ego se encontra preso entre inúmeras situações de perseguição interna e externa – trata-se de um elemento básico da paranoia;
- c) as fantasias do bebê de atacar e entrar sadicamente no corpo da mãe, que dão origem a várias situações de ansiedade (principalmente o medo de ser aprisionado e perseguido dentro dela, que estão na base da paranoia), levam a perturbações posteriores, como impotência masculina e também se encontram por trás dos quadros claustrofóbicos.

Klein (1946/1996) passa a examinar outro ponto importante em seu artigo – as relações de objeto esquizoides. Para a autora, a cisão violenta do *self* e a projeção excessiva têm como consequência fazer com que a pessoa para quem esse processo é dirigido seja sentida como um perseguidor, uma vez que a parte destrutiva e odiada do *self*, que é excindida e projetada, é sentida como um perigo para o objeto amado e, portanto, dá origem à culpa. Esse processo de projeção também implica uma deflexão da culpa do *self* para a outra pessoa. Porém, a culpa não é eliminada e, sendo defletida, é sentida como uma responsabilidade inconsciente para com aqueles que se tornaram representantes da parte agressiva do *self*.

Aponta, ainda, outro traço característico das relações de objeto esquizoides: sua natureza narcisista, a qual, inclusive, advém dos processos infantis de projeção e introjeção. Melhor dizendo, quando o ideal do ego é projetado para dentro de outra pessoa, esta se torna predominantemente amada e admirada, pois é como se fossem contidas nela as partes boas do *self*. Semelhante a isso, é de natureza narcisista a relação baseada na projeção de partes más do *self* para dentro de outra pessoa, pois, também nesse caso, o objeto representa, sobretudo, uma parte do *self*.

Para Klein (1946/1996, p. 32),

Ambos os tipos de relação narcisista com um objeto apresentam frequentemente fortes traços obsessivos. O impulso para controlar outras pessoas é, como sabemos, um elemento essencial na neurose obsessiva. A necessidade de controlar outras pessoas pode até certo ponto ser explicada por um impulso defletido de controlar partes do *self*.

Na visão da autora, quando essas partes são excessivamente projetadas para dentro de outra pessoa, elas só podem ser controladas por esta. Aí está uma das raízes dos mecanismos obsessivos e que pode ser encontrada no tipo particular de identificação que advém dos processos projetivos infantis. Também lança luz sobre o elemento obsessivo, muitas vezes presente na tendência à representação, pois a pessoa é levada a reparar/restaurar, não apenas um objeto em relação ao qual vivencia a culpa, mas também a reparar/restaurar partes do próprio *self*.

Todos esses fatores podem levar a uma ligação compulsiva com certos objetos. Outro resultado possível seria um retraimento do contato com as pessoas, com o intuito de evitar tanto a intrusão destrutiva, dentro delas, como a retaliação por parte delas. O medo de tais perigos pode ser visto em várias atitudes negativas, nas relações de objeto. Klein (1946/1996) faz então uma breve referência a um de seus

casos clínicos a fim de elucidar esse ponto: o paciente contou a ela que não gostava de pessoas que influenciavam fortemente, cansando-se delas justamente pelo fato de se tornarem muito parecidas com ele.

Outra característica apontada pela autora acerca das relações de objeto esquizoides refere-se à artificialidade e falta de espontaneidade muito acentuadas. Paralelamente a isso, ocorre uma perturbação grave do sentimento do *self*, e/ou da relação com o *self*. A projeção de partes excindidas (do *self*) para dentro de outra pessoa influencia, essencialmente, as relações de objeto, a vida emocional e a personalidade como um todo. Klein (1946) elucidava esse argumento citando como exemplo dois fenômenos universais, que são interligados: o sentimento de solidão e o medo de separar-se de outra pessoa. Uma fonte dos sentimentos depressivos que acompanham a separação das pessoas pode ser encontrada no medo da destruição do objeto pelos impulsos agressivos dirigidos contra ele. Porém, são mais especificamente os processos de cisão e projeção que estão subjacentes a esse medo.

A psicanalista destaca então que, se elementos agressivos são predominantes nas relações com os objetos e se eles são intensamente despertados pela frustração da separação, a pessoa sente que os componentes excindidos do seu *self*, projetados para dentro do objeto, controlam-no de uma maneira agressiva e destrutiva. Indo além, aponta que, ao mesmo tempo, o objeto interno é sentido como correndo o mesmo perigo de destruição que o objeto externo, no qual uma parte do *self* é sentida como tendo sido deixada. Disso resulta o enfraquecimento excessivo do ego, um sentimento de que não existe nada que o sustente e, junto a isso, uma profunda sensação de solidão.

Segundo Klein (1946/1996), outros traços característicos das relações de objeto esquizoides podem ser encontrados em menor grau, ou de forma menos marcante, em indivíduos normais: timidez, falta de espontaneidade ou interesse muito particular e intenso por pessoas. De acordo com ela,

De maneiras semelhantes, perturbações normais de processos de pensamento ligam-se com a posição esquizo-paranoide do desenvolvimento. Pois todos nós somos às vezes passíveis de um comprometimento momentâneo do pensamento lógico, o qual corresponde a pensamentos e associações estarem cortados uns dos outros e situações estarem excindidas umas das outras; de fato, o ego fica temporariamente cindido. (KLEIN, 1946/1996, p. 33).

Outro ponto importante a ser destacado diz respeito à relação entre as duas posições: depressiva e esquizo-paranoide. Segundo Klein (1946), durante a segunda metade de seu primeiro ano, o bebê dá alguns passos fundamentais em direção à elaboração da posição depressiva. No entanto, os mecanismos esquizoides permanecem ativos, ainda que em menor grau e de forma modificada, e as situações de ansiedade arcaica são repetidamente vivenciadas nesse processo de modificação, sendo estendidas pelos primeiros anos da infância, ocupando um papel muito importante na neurose infantil. No transcorrer desse processo, as ansiedades vão perdendo forças, e os objetos tornam-se menos idealizados e aterrorizantes. O ego torna-se mais unificado. Isso tudo está interligado com a crescente percepção da realidade e adaptação a ela.

Um círculo vicioso é criado. Se o desenvolvimento durante a posição esquizo-paranoide não progredir normalmente, o bebê não pode, seja por motivos internos ou externos, fazer face ao impacto das ansiedades depressivas. Klein (1946/1996, p. 34) acrescenta:

[...] se o medo persecutório e os fenômenos esquizoides são muito fortes, o ego não é capaz de elaborar a posição depressiva. Isso força o ego a regredir para a posição esquizo-paranoide e reforça os medos persecutórios e os fenômenos esquizoides mais anteriores.

Com isso, no entender da autora, fica estabelecida a base para várias formas de esquizofrenia na vida futura, pois, quando ocorre tal regressão, não apenas são reforçados os pontos de fixação na posição esquizoide, como também há o perigo de se estabelecer estados de desintegração maiores, ou possível fortalecimento de traços depressivos.

Ressalta, também, a importância das experiências externas, citando como exemplo o caso de um paciente que apresentava traços depressivos e esquizoides. A análise trouxe à tona, de forma muito viva, experiências arcaicas do início da vida dele: havia sido desmamado repentinamente aos quatro meses de vida, por conta do adoecimento da mãe e seu “desaparecimento” por quatro semanas. Ao voltar, a mãe encontrou a criança muito mudada – parecia ter perdido o interesse no ambiente, perdera sua vivacidade, tornando-se apática. Apesar de aceitar, com certa facilidade, a alimentação substituta, não mais mostrou apetite, perdeu peso e tinha muitos distúrbios digestivos. A análise ajudou então a esclarecer a influência que essas experiências tiveram sobre o seu desenvolvimento. As atitudes e os pontos de vista

na vida adulta desse paciente eram baseados nos padrões desse estágio inicial. Era marcante, por exemplo, sua tendência a ser influenciado por outras pessoas; de forma pouco seletiva, incorporava vorazmente o que quer que lhe fosse oferecido, isso sempre acompanhado de grande desconfiança durante o processo de introjeção.

Klein (1946/1996) conclui que, quando ocorreu a perda súbita do seio e da mãe, o paciente já havia, sem dúvida, entrado na posição depressiva, porém, sem êxito em sua elaboração; assim, a posição esquizo-paranoide foi reforçada regressivamente. Isso foi expressado na “apatia” que se seguiu a um período em que a criança já havia manifestado um vivo interesse por seu ambiente. O que corrobora com a conclusão de que já havia introjetado um objeto inteiro é o fato de esse paciente apresentar grande capacidade para amar e confiar nas pessoas, no intuito de recuperar e reconstruir (inconscientemente) o seio bom e inteiro, que já uma vez possuía e perdera.

Outro ponto destacado por Klein, e elucidado a partir de um caso clínico, refere-se à conexão entre fenômenos esquizoides e maníaco-depressivos:

Algumas flutuações entre a posição esquizo-paranoide e a depressiva sempre ocorrem e fazem parte do desenvolvimento normal. Portanto, não se pode traçar uma divisão clara entre dois estágios do desenvolvimento; além disso, a modificação é um processo gradual e os fenômenos das duas posições permanecem por algum tempo entrelaçados e interagindo em alguma medida. No desenvolvimento anormal essa interação influencia, penso eu, o quadro clínico de algumas formas tanto de esquizofrenia quanto de distúrbios maníaco-depressivos. (KLEIN, 1946/1996, p. 35).

Vejamos o caso clínico. Trata-se de uma paciente diagnosticada por vários psiquiatras como um caso de distúrbio maníaco-depressivo. Ela alternava entre estados depressivos e maníacos, com fortes tendências suicidas, inclusive com histórico de várias tentativas frustradas. No decorrer da análise, apresentou uma real melhora: seu ciclo cessou, ocorreram mudanças fundamentais em sua personalidade e relações de objetos, inclusive com manifestação de sentimentos genuínos de felicidade (não do tipo maníaco). Devido em parte a circunstâncias externas, outra fase se estabeleceu, estendendo-se por vários meses – a paciente cooperava bastante, ia regularmente às sessões, associava, trazia sonhos e fornecia material para o tratamento. Porém, não havia resposta emocional às interpretações de Klein; ao contrário, a paciente as desprezava intensamente. Contudo, o material que respondia às interpretações da analista refletia o efeito inconsciente delas. O que se

mostrava era uma poderosa resistência, que parecia, nesse estágio, de apenas uma parte de sua personalidade, enquanto a outra respondia bem ao trabalho analítico. Na visão da psicanalista, essas partes não só não cooperavam com a analista, pareciam não cooperar entre si. Nisso, a análise não era capaz de ajudar a paciente a conseguir uma síntese. Nessa etapa, a paciente decidiu pôr fim ao trabalho, inclusive, fixando uma data para a última sessão.

Neste dia, trouxe um sonho: “Havia um cego muito preocupado com sua cegueira, mas ele parecia consolar-se tocando o vestido da paciente e tentando descobrir como era abotoado” (KLEIN, 1946/1996, p. 36). A paciente fez a seguinte associação: o cego era ela própria; o vestido lembrava um dos que abotoava até o pescoço e concluiu que havia entrado, novamente, em seu “esconderijo”. Klein sugeriu que, no sonho, inconscientemente, ela expressava estar cega para suas próprias dificuldades e que suas decisões acerca da análise e de outras várias situações de sua vida não se mostravam em concordância com o seu conhecimento inconsciente. Isso também se evidenciou pela admissão por parte da paciente de ter entrado em seu “esconderijo”, como se estivesse se trancando (atitude que remete ao início de sua análise).

Klein (1946/1996, p. 36) conclui: “[...] o insight inconsciente e mesmo alguma cooperação a nível consciente (o reconhecimento de que ela era o cego e de que havia entrado em seu ‘esconderijo’) derivavam apenas de partes isoladas de sua personalidade”. Reconhece então que a interpretação não produziu nenhum efeito, e a paciente em questão pôs fim à análise.

No entender da psicanalista, a natureza de certas dificuldades, nesse caso (mas também em outros), tinha se revelado mais claramente nos últimos meses antes do término do tratamento. Tratava-se, pois, da mescla de traços esquizoides e maníaco-depressivos que determinava a natureza da sua doença. Em algumas sessões em que a paciente se mostrava profundamente deprimida, autorrecriminava-se e se desvalorizava, muitas vezes, com lágrimas no rosto e sensações de desespero. Mesmo diante disso, quando Klein efetuava interpretações (dessas emoções), a paciente dizia, explicitamente, que não as sentia de modo algum. Em tais sessões, havia fuga de ideias e seus pensamentos pareciam fragmentados e sem conexão; em outras, porém, as interpretações (das razões inconscientes) subjacentes

a esses estados, emoções e ansiedades depressivas se expressavam plenamente e era possível perceber que seus pensamentos e falas se tornavam mais coerentes.

Outro ponto importante destacado pela autora refere-se a algumas outras formas de defesas esquizoides:

Há, em geral, consenso em que os pacientes esquizoides são mais difíceis de analisar do que os maníaco-depressivos. Sua atitude retraída e não emocional, os elementos narcísicos nas relações de objeto (aos quais me referi anteriormente), certa hostilidade distanciada que permeia toda a relação com o analista criam um tipo de resistência muito difícil (KLEIN, 1946/1996, p. 37).

Na grande maioria dos casos, os processos de cisão seriam então os responsáveis diretos pelo fracasso do paciente em entrar em contato com o analista e, junto a isso, a falta de respostas às interpretações. O que se observa é que o paciente se sente alheio e distante, e esse sentimento corresponde à impressão do analista de que partes muito consideráveis da personalidade dele, bem como suas emoções, não são acessíveis. Continua a autora: “Pacientes com traços esquizoides podem dizer: ‘Eu estou ouvindo o que diz. Talvez tenha razão, mas não faz nenhum sentido para mim’. Ou dizem ainda que sentem como se não estivessem presentes ali” (KLEIN, 1946/1996, p. 37).

Para a psicanalista, a expressão “não faz sentido” não significa uma rejeição da interpretação, mas sim que partes da personalidade e das emoções estão excindidas. Devido a isso, tais pacientes não sabem o que fazer com a interpretação, pois não podem nem aceitá-la e nem rejeitá-la.

Os processos subjacentes a tais estados são ilustrados a partir de um fragmento de material clínico, tomado da análise de um de seus pacientes, mais especificamente de uma sessão. Nela, o paciente chegou relatando que se sentia ansioso e não sabia por quê. Junto a isso, comparou-se com pessoas mais bem-sucedidas e afortunadas do que ele, o que lhe despertava sentimentos intensos de frustração, inveja e ressentimento. Klein (1946/1996) interpretou então que esses sentimentos eram também dirigidos a ela, e com o intuito de destruí-la. Nesse momento, o estado de espírito do paciente mudou bruscamente e também seu tom de voz - tornou-se sem vida, falava vagarosamente e de maneira inexpressiva. Ao mesmo tempo, disse que se sentia distanciado de toda a situação analítica e acrescentou: “sua interpretação parece correta, porém, sem importância alguma” (KLEIN, 1946/1996, p. 38).

As interpretações seguintes de Klein centralizaram-se nas causas dessas mudanças de estado de espírito. Sugere que, no momento de sua interpretação, o perigo de destruí-la tinha se tornado real para o paciente, e a consequência (imediate) foi o medo de perdê-la. Em vez de o paciente sentir culpa e depressão (que apareciam em certos momentos da análise), o que tentava, nesse momento, era lidar com esses perigos, fazendo uso de um método específico de cisão.

O paciente então excindiu as partes de seu ego que sentia como perigosas e hostis em relação à analista. Seus impulsos destrutivos foram desviados para seu ego, em vez de se dirigirem ao objeto. Como resultado: partes de seu ego deixaram de existir, temporariamente, na fantasia inconsciente; isso correspondia ao aniquilamento de parte de sua personalidade.

Segundo Klein (1946/1996), sua interpretação desses processos teve o efeito de alterar, novamente, o estado de espírito do paciente, deixando-o emocionado. Ele relatou que tinha vontade de chorar, que estava deprimido, porém, sentia-se mais integrado.

Para a psicanalista, a excisão e a destruição violenta de uma parte da personalidade (sob a pressão de ansiedade e culpa) são mecanismos esquizoides de suma importância. Reitera, então, que os progressos na síntese são produzidos por interpretações das causas específicas da cisão. Essas interpretações devem lidar, nos mínimos detalhes, com a situação de transferência naquele momento, incluindo, é claro, a conexão com o passado, e fazer referência aos detalhes das situações de ansiedade que levam o ego do paciente a regredir a mecanismos esquizoides.

A síntese resultante de interpretações, segundo essa orientação, é acompanhada de depressão e ansiedade, de vários tipos. Aos poucos, porém, tais ondas de depressão (seguidas de maior integração) levam a uma diminuição dos fenômenos esquizoides, sendo acompanhadas também de mudanças fundamentais nas relações de objeto.

Klein (1946/1996) aponta, ainda, outro componente que acompanha a falta de emoção dos pacientes esquizoides: “ausência de ansiedade”. Porém, explica:

Essa falta de ansiedade em pacientes esquizoides é apenas aparente. Pois os mecanismos esquizoides implicam uma dispersão das emoções, inclusive da ansiedade, mas esses elementos dispersos ainda existem no paciente. Tais pacientes têm uma certa forma de ansiedade latente que é mantida em latência pelo método particular da dispersão. O sentimento de estar desintegrado, de ser incapaz de

vivenciar emoções, de perder seus objetos, é na realidade o equivalente da ansiedade. (KLEIN, 1946/1996, p. 40).

Segundo a psicanalista, isso se torna mais claro, quando já foram realizados progressos na síntese. O imenso alívio experimentado pelo paciente provém do sentimento de que seus mundos (interno e externo) se reaproximaram e/ou voltaram à vida. Continua a autora:

Nesses processos parece, em retrospecto, que quando as emoções estavam faltando, as relações eram vagas e incertas, e que partes da personalidade eram sentidas como perdidas e tudo parecia morto. Tudo isso é o equivalente de uma ansiedade de natureza muito grave. (KLEIN, 1946/1996, p. 40).

Apona que, mantida latente pela dispersão, essa ansiedade é experienciada o tempo todo, porém difere da ansiedade latente encontrada em outros tipos de casos. Interpretações que tendem a sintetizar a cisão do *self*, incluindo a dispersão das emoções, possibilitam que a ansiedade seja gradualmente vivenciada como tal, apesar de que, durante longos períodos, só se possa ser capaz de juntar os conteúdos ideacionais, mas não suscitar as emoções da ansiedade.

Observa também que interpretar estados esquizoides traz uma exigência particular aos analistas, a de formular as interpretações de uma forma clara, intelectualmente. Isso feito, as ligações entre consciente, pré-consciente e inconsciente se estabelecem. A autora aponta que esse é sempre um dos objetivos do analista, especialmente importante nos momentos em que as emoções do paciente não estão acessíveis e que parece estarmos nos dirigindo apenas a seu intelecto, por mais fragmentado que ele esteja.

Tendo apresentado as concepções desses dois grandes psicanalistas acerca da temática esquizoide, passo a adentrar, no segundo capítulo, nas contribuições de Winnicott, inicialmente buscando apontar o lugar da patologia esquizoide no diagnóstico, a noção winnicottiana de psicose e sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo.

4 CAPÍTULO 2 – O LUGAR DA PATOLOGIA ESQUIZOIDE NA CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA, A NOÇÃO WINNICOTTIANA DE PSICOSE E A TEORIA DO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO

Tendo num primeiro momento deste trabalho apresentado o contexto e a compreensão da psiquiatria e de outros dois importantes teóricos da psicanálise (Fairbairn e Klein) acerca da esquizoidia, passo, neste capítulo, a apresentar a compreensão e contribuições de Winnicott sobre esse quadro psicopatológico. No que concerne à patologia esquizoide numa perspectiva winnicottiana, trata-se de uma temática complexa, espalhada em sua obra, “carente” de uma posição cabal e específica dada por Winnicott. Talvez um dos motivos desta complexidade referente à esquizoidia se deva ao fato de Winnicott nunca se ocupar exclusivamente de sua teorização, diferente de outros autores, inclusive Fairbairn e Klein, que se debruçaram e escreveram especificamente sobre o tema. Nesse sentido, o desafio consiste no exercício de percorrer a obra e/ou a teoria do autor, aquilo que foi por ele apontado em diversos momentos e partes, no intuito de compreender da melhor forma possível suas impressões, posições e contribuições teóricas e clínicas acerca dessa patologia.

Nesse sentido, vejo como fundamental, num primeiro momento, situar (a partir de sua teoria e obra) o lugar desta patologia no quadro das classificações dos distúrbios psíquicos e descrever, no horizonte de sua teoria do desenvolvimento emocional, as etapas iniciais ou estágios primitivos do desenvolvimento, especialmente no que concerne ao estágio da primeira mamada teórica, de onde é oriunda a etiologia da patologia esquizoide. Já no ano de 1952, Winnicott (1952\2000, p. 309) aponta que

O estudo minucioso de um indivíduo esquizoide de qualquer idade transforma-se no estudo do desenvolvimento inicial desse mesmo indivíduo, ainda no interior do conjunto ambiente-indivíduo, no momento em que dali começa a emergir.

4.1 A CLASSIFICAÇÃO DA PATOLOGIA ESQUIZOIDE E A NOÇÃO DE PSICOSE NA OBRA DE D. W. WINNICOTT

Importante destacar o caráter específico da patologia esquizoide, dentro da classificação das doenças psíquicas na teoria winnicottiana: essa encontra-se

demarcada no campo das psicoses, mais especificamente, como aponta Winnicott (1960), dentro das patologias compreendidas no território da esquizofrenia, juntamente com os *borderlines*.

Penso que as contribuições teóricas e clínicas de Winnicott acerca das psicoses seja uma das mais fecundas e originais do autor, inovando a respeito do estudo das psicoses¹⁵, especialmente frente às teorias médicas de sua época e à própria psicanálise tradicional.¹⁶

Segundo Fulgencio (2016), ao procurar caracterizar as psicopatologias, Winnicott usa critérios diferentes dos da psiquiatria, como também dos de Freud e Klein, cujos princípios são centrados na compreensão das relações de objeto impulsionadas pela vida sexual. Winnicott, a seu ver, pensando nos modos de ser do indivíduo no mundo, considera as seguintes distinções: os que foram bem cuidados no início e os que não foram; os que amadurecem e os que não, especialmente quando caracteriza a doença como imaturidade; os que se integraram e se formaram como pessoas inteiras (os neuróticos), os recém-integrados (os deprimidos) e os não integrados (psicóticos).

O termo psicose é utilizado, na classificação winnicottiana, para designar os distúrbios que tiveram sua origem no período mais precoce da vida, antes de o indivíduo ter alcançado uma integração mais consistente do *self* e antes de tornar-se uma pessoa total, capaz de relacionar-se com pessoas totais. Em seu livro *Natureza humana*, Winnicott (1954-1971/1990, p. 100) aponta que,

[...] enquanto os neuróticos têm problemas com o viver, os psicóticos lutam para chegar à vida, para poder vivê-la a partir de si mesmos. Suas dificuldades e problemas são especialmente aflitivos. Por não serem inerentes, não fazem parte da vida, e sim da luta para alcançar a vida – o tratamento bem-sucedido de um psicótico permite que o paciente *comece a viver e comece a experimentar as dificuldades inerentes à vida.*

Winnicott (1961/1994, p. 53-54), em suas tentativas de distinguir a neurose da psicose, diz:

Acho-me, portanto, descrevendo a psicose e distinguindo-a de outros estados psiquiátricos. Naturalmente, em psiquiatria não existem

¹⁵ O interesse de Winnicott pela psicose se deu a partir de 1923, período em que trabalhava como médico/pediatra no Paddington Green Children's Hospital, quando iniciou seu contato mais próximo com a psicanálise, tendo nesse mesmo ano realizado sua primeira análise com James Strachey, que duraria dez anos.

¹⁶ Com base em Winnicott, qualifico como tradicional a psicanálise de Freud e M. Klein. O autor utiliza em sua obra também as expressões: psicanálise "clássica" e "ortodoxa".

fronteiras claras entre estados clínicos, mas a fim de chegar a algum lugar, temos que fingir que existem. A alternativa principal à psiconeurose é a psicose. Digamos que, na psicose, há um transtorno que envolve a estrutura da personalidade. Pode-se mostrar que o paciente se acha desintegrado, ou irreal, ou fora de contato com seu próprio corpo ou com aquilo que nós, como observadores, chamamos de realidade externa. Os problemas do psicótico são dessa ordem. Em comparação, na psiconeurose, o paciente existe como uma pessoa, é uma pessoa total, que reconhece objetos como totais; acha-se bem alojado em seu próprio corpo e a capacidade de relacionamentos objetivos está bem estabelecida. Desde esse ponto de vista, o paciente encontra-se em dificuldades, e estas surgem dos conflitos que resultam da experiência dos relacionamentos objetivos. [...]. Temos aqui dois conjuntos de crianças, aquelas cujos estágios mais iniciais do desenvolvimento foram satisfatórios e que tiveram problemas a que damos o nome de psiconeuróticos, e aquelas cujos estágios mais iniciais de desenvolvimento são incompletos e esta qualidade domina o quadro clínico. Assim, o importante a respeito da psiconeurose é que ela constitui um transtorno daquelas crianças que são suficientemente sadias para não serem psicóticas.

Importante ressaltar, referindo-se às psicoses, que, segundo Winnicott (1954), nesse grupo são incluídos todos aqueles pacientes cujo tratamento e/ou análise deve lidar com os aspectos primitivos do desenvolvimento emocional, antes e até o estabelecimento da personalidade como uma entidade e antes da aquisição do status de unidade espaço-tempo, considerando que esta, ainda, não está fundada de forma segura. Isso se deve ao fato de que, nos estágios iniciais em que o bebê vive numa situação de dependência absoluta, podem ocorrer falhas de adaptação da mãe às necessidades do lactente, que envolvem especialmente a resolução das tarefas fundamentais da primeira mamada teórica e da constituição do *self* primário; esses dois pontos serão melhor detalhados posteriormente. Sendo assim, a psicose, na visão winnicottiana, tem um caráter de distúrbio de deficiência ambiental. As falhas ambientais no início da vida do bebê são traumáticas, podendo resultar em psicose. Ocorrendo falhas nessa etapa tão sensível e delicada, o bebê (que, por ser imaturo, não tem como se defender contra essas falhas do ambiente) interrompe seu processo de amadurecimento através da psicose infantil.

Segundo Dias (1998), é exatamente nisso que consiste a psicose para Winnicott: uma interrupção do processo de desenvolvimento emocional, resultante de uma falha ambiental traumática. Nesse sentido, o indivíduo que, pela sua própria natureza humana, tende ao amadurecimento cessa de amadurecer no sentido da integração. De acordo com Dias (2003, p. 229),

Ao invés de prosseguir na linha integrativa, o que ocorre é uma cisão. O processo fica paralisado no estágio e na tarefa que estava em vias de ser resolvida. O indivíduo permanece vivo mas já não consegue sentir-se vivo e viver: o cerne pessoal, defensivamente isolado, não pode mais ser atingido ou afetado pelos acontecimentos da vida. Nada, portanto, lhe diz respeito.

Nesse sentido, o que resta ao indivíduo é viver através de uma casca, onde nada mais pode ser integrado no *self*. São indivíduos que necessitam de ajuda de modo muito peculiar, no sentido de alcançarem um estatuto unitário ou um estado de integração espaço-temporal onde existe um *self*.

Winnicott (1963/1994) aponta o caráter de interrupção do processo de desenvolvimento emocional em referência à etiologia da psicose. Segundo o autor, estaremos errados se considerarmos a afecção psicótica como um colapso. Em seu entender, a psicose é uma organização defensiva, visando à proteção contra uma agonia impensável. A agonia impensável é o nome específico que Winnicott atribui para o trauma que atinge o bebê; melhor dizendo, a psicose é uma organização defensiva contra a experiência traumática de uma agonia impensável, que fora provocada pela falha do ambiente e/ou dos cuidados maternos nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, e que se constitui numa cisão resultante do processo de desenvolvimento emocional do indivíduo.

Num texto de 1960, intitulado *Os efeitos da psicose sobre a vida familiar*, Winnicott apresenta uma classificação geral das psicoses, afirmando que poderia pensá-las como sendo um termo popular para a esquizofrenia, para a depressão maníaca, e para a melancolia com complicação mais ou menos paranoica. Nessa linha, as psicoses podem ser classificadas em dois tipos: as esquizofrênicas (onde o autor situa os esquizoides) e as psicoses, que pertencem ao campo das depressões. Temos, então:

I. Psicoses esquizofrênicas:

- a) esquizofrenia plenamente desenvolvida;
- b) esquizofrenia infantil (autismo);
- c) enfermidades compreendidas no território da esquizofrenia: *borderline* e esquizoides.

II. Depressões psicóticas:

- a) psicose maníaco-depressiva (atualmente, na classificação psiquiátrica, definida como transtorno bipolar);
- b) depressão psicótica;

- c) paranoia: perseguição vinda de dentro (hipocondria), perseguição vinda de fora (defesa paranoide).

Nota-se que a ênfase de Winnicott é dada ao estudo das psicoses, mais especificamente das patologias que estão no terreno da esquizofrenia: a esquizofrenia infantil (autismo), os *borderlines* e os esquizoides. Para entender essa “preferência” ou ênfase dada por Winnicott às patologias de tipo esquizofrênico é que, nelas, o autor encontra respostas para as questões fundamentais que constituem a base da existência humana, inclusive podendo ser observadas também nos bebês: a ausência e o gradual estabelecimento da relação com a realidade externa.

Conforme observamos acima, essa classificação genérica das psicoses, de tipo esquizofrênico e as psicoses depressivas¹⁷, só pode ser feita em referência de sua teoria do desenvolvimento emocional, tendo em vista a especificidade dos seus vários estágios.

A partir de sua teoria do desenvolvimento emocional, Winnicott aponta que, nas psicoses esquizofrênicas (que inclui os esquizoides, conforme apontado acima), o problema central se encontra na linha do estabelecimento do *self* unitário e da relação com a realidade externa, que se inicia no estágio da primeira mamada teórica, onde o lactente vai aos poucos adquirindo seu primeiro sentido de realidade: o de realidade subjetiva. É apenas sobre esse primeiro sentido de realidade que o outro, o da externalidade, pode vir a ser alcançado. (DIAS, 1998).

4.2 O ESTÁGIO DA PRIMEIRA MAMADA TEÓRICA: AS TAREFAS FUNDAMENTAIS

Um ponto de suma importância no que tange à compreensão de Winnicott acerca das dificuldades caracteristicamente esquizoides (levando em consideração vários tipos e graus) é a de que se trata de organizações defensivas, pela combinação de defesas primitivas. Essas defesas tiveram seu ponto de origem na falha e/ou

¹⁷ As psicoses de tipo depressivo são relativas às falhas ambientais que ocorrem num momento em que o bebê, tendo alcançado o estatuto unitário, está começando a lidar com a responsabilidade pelos elementos agressivos e destrutivos da vida instintual. Essa responsabilidade só pode ser descrita referindo-se àqueles indivíduos que já são capazes de reconhecer-se como um *self*, separado do ambiente, tendo, assim, conquistado um certo grau de amadurecimento. Dito de outra maneira, seu ponto de origem se relaciona ao início da elaboração do *concern* e a questão envolvida é de caráter instintual. Importante destacar que a estrutura da personalidade constituída até o estágio do *concern* é frágil e ameaça desabar frente às exigências desse estágio, que se formam organizações defensivas de tipo psicótica. Nesse grupo, temos: a psicose maníaco-depressiva, depressão psicótica, hipocondria, etc.

fracasso das tarefas da primeira mamada teórica e estão relacionadas a angústias impensáveis.

Winnicott utiliza a expressão “primeira mamada teórica” em referência à sequência das primeiras experiências concretas de amamentação. Esse estágio ocupa os três ou quatro primeiros meses de vida do bebê, e o que está em seu cerne é a atividade da amamentação. Nesta se dá o início do contato do bebê com a realidade e também o início (muito incipiente) da constituição do *self*, que irá (se tudo correr bem) integrar-se numa unidade.

Segundo Dias (2003), a amamentação é a situação privilegiada em que se começam a estabelecer os primórdios da relação com a realidade externa (este que é um dos temas capitais na problemática esquizoide), da qual a mãe e/ou alguém que faça essa função é a primeira representante.

Mais do que a satisfação da fome e a oralidade (em termos libidinais), o que está em jogo, e é o mais importante nesse momento inicial, é a qualidade do contato humano, as múltiplas experiências que são providas ao bebê por meio do ato de amamentar, a saber, o encontro de algo que o bebê (por ser imaturo) não sabe ser um objeto e o início de uma comunicação muito específica com a mãe, que é também o começo da mutualidade.

No estágio da primeira mamada teórica, a ideia central é a de que o bebê está às voltas com três tarefas básicas, que se interdependem e da qual nenhuma pode ser resolvida plenamente sem as outras. Destacarei essas três tarefas nesse ponto, porém, elas serão (devido a sua relevância nesse estudo) melhor desenvolvidas posteriormente, como um ponto a parte, juntamente com o desenvolvimento do tema da constituição do *self*.

Essas tarefas são apresentadas por Winnicott em 1962, no artigo *A integração do ego no desenvolvimento da criança*:

- a) *integração*: partindo do estado de não integração, a realização das experiências de integração no espaço e tempo (a espacialização e temporalização do bebê);
- b) *personalização*: o alojamento gradual da psique no corpo;
- c) *realização*: o início das relações objetais, que culminará, mais tardiamente, na criação e no reconhecimento da existência independente de objetos e de um mundo externo.

Dias (2003) aponta que, se tudo correr bem, o bebê defronta-se com essas tarefas de modo mais ou menos concomitante, tendo em vista que, para dar início a um sentido de real e poder habitar num mundo real, subjetivo de início, o bebê precisa estar sendo introduzido na ordem do tempo e do espaço. A espacialização se inicia pelo processo de alojamento da psique no corpo, tornando esse corpo seguro no colo da mãe, sua primeira morada. Habitando no corpo, o bebê começa a ocupar espaço, a dar concretude a sua presença, a ter distâncias e proximidades e a aceder ao caráter transitório daquilo que envelhece e morre.

Espaço e tempo não são objetos a serem encontrados; são, na medida em que se articulam e constituem mundos, a condição de possibilidade para que algum objeto seja encontrado. As três conquistas básicas são os fundamentos de uma existência que, em função da tendência inata ao amadurecimento, caminha na direção da integração num *self* unitário (DIAS, 2003).

Vale ressaltar que a necessidade primordial do bebê é a de continuar a ser; para isso, é de importância vital que todas essas tarefas, que expressam as necessidades básicas do bebê, sejam suficientemente atendidas pela mãe, pois de sua resolução depende o estabelecimento das bases da personalidade e da saúde psíquicas.

Winnicott (1962/1983) aponta que, para serem resolvidas com sucesso (as tarefas básicas), tornando-se conquistas do desenvolvimento emocional, são necessários cuidados específicos. Para ele,

Parece possível relacionar estes três fenômenos do crescimento do ego com três aspectos do cuidado da criança: Integração se relaciona com manejo; Personalização, com manuseio; Relações de objeto, com apresentação de objeto. (WINNICOTT, 1962\1983, p. 59).

Na visão winnicottiana, a mãe é, sem dúvida, uma figura central e imprescindível para o desenvolvimento emocional da criança. É ela quem facilita (de forma especializada) cada uma das tarefas do bebê e o conjunto dos cuidados por ela oferecidos constituem o ambiente total. O modo de ser da totalidade dos cuidados da mãe configura um mundo para o bebê. Destaco, nesse aspecto, outro conceito fundamental e original da teorização de Winnicott, que diz respeito ao objeto subjetivo. Este é o primeiro “mundo” habitado pelo bebê e sua característica central é a de ser confiável. Confiável nesse contexto significa previsibilidade; melhor dizendo, a mãe tem a tarefa de evitar que algo inesperado surpreenda o bebê, interrompendo a sua

continuidade de ser. Confiável também no sentido de sua adaptação às necessidades (sempre variáveis) do bebê, que ora está tranquilo ora excitado. Essas características da mãe é que tornam possível (pela repetição das experiências) o bebê ir sendo temporalizado, capaz de reconhecer coisas e de prever acontecimentos.

Dias (2003) destaca uma distinção que Winnicott faz entre mundo e objeto. Uma coisa é o mundo onde o bebê habita; outra são os objetos que podem ser encontrados (criados) no interior desse mundo. Melhor dizendo, para encontrar objetos, é preciso existir um mundo, um contexto em que esses objetos possam ser encontrados. Observa-se nesse ponto que, além de a mãe ser o objeto a ser encontrado (mãe-objeto), ela é também (no início da vida do bebê) o contexto, o ambiente em que o encontro com um objeto pode acontecer (mãe-ambiente). Dias (2003, p. 168) ainda destaca que, “[...] por manter o ambiente constante, regular, simples, monótono, previsível e por permitir que ele crie o objeto que encontra, ela o provê da ilusão de onipotência”.

A ilusão de onipotência torna-se a base da “crença em...” (*believe in...*). Importante destacar que, aqui, não se trata de uma crença nisso ou naquilo, mas da capacidade de “acreditar em...”. Com o tempo, a frase tende a ser completada, isso a partir da crença de que o mundo é encontrável e confiável, mais ainda, de que em algum lugar possa existir algo que faça sentido, que faça valer a pena.

O mais importante nessa fase inicial é que o cuidado ambiental seja fornecido ao bebê, pois é dessa forma que será estabelecida a capacidade de “acreditar em”. Sendo favorecido pelos cuidados da mãe, o bebê pode viver, durante o período (tempo) adequado, num mundo subjetivo, sem ser invadido pela realidade externa.

4.2.1 A criatividade primária

Outro ponto fundamental da teorização de Winnicott acerca do desenvolvimento emocional, nessa primeira fase da primeira mamada teórica, diz respeito à *criatividade primária*. Na compreensão de Winnicott, o ser humano não se limita a projetar aquilo que foi anteriormente introjetado. Winnicott presume que existe, desde o início, uma criatividade potencial e que já nessa fase (primeira mamada teórica) o bebê tem uma contribuição a dar. Segundo o autor, se a mãe se adapta suficientemente bem, o bebê conclui que o mamilo e o leite são os resultados de um

gesto produzido pela necessidade ou são consequências de uma ideia que veio “[...] montada na crista de uma onda instintiva” (WINNICOTT, 1954-1971/1990, p. 130).

No entender do autor, existe um verdadeiro potencial criativo no ser humano e devemos reconhecer a criatividade potencial não tanto pela originalidade de sua produção, mas pela sensação individual de realidade da experiência e do objeto. De acordo com Winnicott (1954-1971/1990, p. 131),

O mundo é criado de novo por cada ser humano, que começa o seu trabalho no mínimo tão cedo quanto o momento do nascimento e da primeira mamada teórica. Aquilo que o bebê cria depende em grande parte daquilo que é apresentado no momento da criatividade, pela mãe que se adapta ativamente às necessidades do bebê.

Mas, afirma Winnicott que, se a criatividade do bebê está ausente, os detalhes apresentados pela mãe não terão sentido. Ou seja, o que teremos é o aparecimento de defesas muito primitivas, que no entender do autor dão origem às patologias psicóticas, dentre elas a esquizoidia (objeto da presente pesquisa).

Continua Winnicott (1954-1971/1990, p. 131): “[...] sabemos que o mundo estava lá antes do bebê, mas o bebê não sabe disso, e no início tem a ilusão de que o que ele encontra foi por ele criado”. Como foi dito anteriormente, a mãe é central nesse processo, pois esse estado de coisas só pode ocorrer se a mãe agir de maneira suficientemente boa. O problema da criatividade primária jamais deixa de ter sentido para o ser humano, enquanto ele estiver vivo. Aos poucos, surge uma compreensão intelectual do fato de que a existência do mundo é anterior à do indivíduo, mas o sentimento de que o mundo foi criado pessoalmente não desaparece.

Winnicott (1954-1971/1990) enfatiza com muita intensidade essa parte do estudo da natureza humana. Diversas questões que, à primeira vista, não parecem ter relação alguma entre si, acabam por revelar-se ligadas uma à outra neste ponto. Assim ele as enumera:

- a) a questão prática do manejo do bebê pela mãe nas primeiras horas e dias após o nascimento (pediatria);
- b) a relação entre o relacionamento corporal excitado e o relacionamento tranquilo, em geral, incluindo os problemas que se referem ao casamento;
- c) o problema do significado da palavra “real”;
- d) a reivindicação da religião e da arte, considerando a ilusão como algo valioso por direito próprio;

- e) os sentimentos de irrealidade das pessoas esquizoides e dos doentes esquizofrênicos;
- f) a alegação do psicótico de que o que não é real é real, e a da criança antissocial, de que o que não é verdadeiro é verdadeiro e de que a dependência (que é um fato) não é um fato;
- g) a cisão essencial na esquizofrenia, cuja profilaxia se daria por um manejo adequado nas etapas mais primitivas do desenvolvimento emocional infantil, ou seja, pela adaptação sensível à necessidade;
- h) O conceito de criatividade primária e de originalidade absoluta, em contraposição ao de projeção de objetos e fenômenos previamente introjetados (digeridos e reprocessados).

4.2.2 Os estados excitados e os estados tranquilos

Outro aspecto importante acerca do estágio da primeira mamada teórica refere-se ao relacionamento excitado e relacionamento tranquilo. Segundo Winnicott (1954-1971/1990), é fundamental a distinção entre dois estados do bebê que se alternam permanentemente: os excitados e os tranquilos. Esses dois estados se estenderão pela vida afora do indivíduo e o modo como ele o fará é determinado pela maneira como isso foi feito no início, ressaltando aqui o fato inseparável da ajuda e/ou facilitação da mãe. Nesse ponto, o que está em jogo é a relação e/ou a oposição entre espontaneidade e reatividade.

4.2.2.1 Os estados excitados

Pode-se descrever a emergência de um estado excitado, no bebê da seguinte forma: estando o bebê num estado tranquilo (dormindo e/ou repousando), surge um impulso, ancorado, quase sempre, na crista de uma onda instintual. Nisso, desenvolve-se uma tensão que, muito rapidamente, transforma-se numa urgência que necessita ser atendida pela mãe e/ou ambiente. Nunca é demais dizer que, no início, o bebê não sabe nada acerca de si e de suas necessidades (devido a sua extrema imaturidade). Sendo assim, ele é invadido por uma expectativa indeterminada,

manifestada por um gesto espontâneo, que impulsiona o bebê a buscar encontrar algo em algum lugar. Diz Winnicott (1954-1971/1990, p. 120):

Aqui está um bebê com uma crescente tensão instintiva. Desenvolve-se uma expectativa, um estado de coisas no qual o bebê está preparado para encontrar algo em algum lugar, mas sem saber o quê. Não há expectativa semelhante no estado tranquilo ou não-excitado. Mais ou menos no momento certo, a mãe oferece o seio.

Dias (2003) aponta que o surgimento de um estado excitado no bebê advém de duas formas: da *instintualidade* e da *motilidade*. Ambos, são manifestações do estar vivo do bebê. Estes dois tipos de impulso (instintual e motor), embora tenham sua especificidade, na saúde, é de se esperar, que eles se juntem numa experiência global e, com o tempo, atuem de forma integrada.

Winnicott faz uso do termo “instintual” em referência ao conjunto de excitações (locais e gerais) que, para ele, são um aspecto da vida animal. São impulsos poderosos, de origem biológica, que constantemente vêm e voltam na vida do bebê e/ou criança, exigindo sempre que o ambiente se mova no intuito de atender suas necessidades.

Em geral, a excitação instintual carrega sempre a expectativa de satisfação. Devido a isso, deriva um impulso para agir e alcançar uma experiência de clímax. Segundo Winnicott (1954-1971/1990, p. 57),

Se a satisfação é encontrada no momento culminante da exigência, surge a recompensa do prazer e, também, o alívio temporário do instinto. A satisfação incompleta ou mal sincronizada acarreta alívio incompleto, além de impossibilitar um período de descanso muito necessário entre duas ondas de exigência.

Ao serem experienciadas, todas as funções corpóreas passam pela elaboração imaginativa, e é com o corpo, imaginativamente elaborado, que o indivíduo se relaciona.

Quando a mãe se adapta e atende às necessidades do bebê, ela evita uma interrupção da continuidade de ser (devido ao caráter feroz e assustador advindos das exigências instintuais). Seus cuidados, suficientemente bons, fornecem apoio ao ego (tão frágil e rudimentar nessa fase). Sem esse apoio, ao invés de serem integrados, as tensões instintuais permanecem externas ao bebê, sentidas como intrusões, onde, em muitos casos, é possível que se estabeleça uma disposição paranoide.

Ao ser cuidado pela mãe, o processo de integração vai aos poucos se consolidando e o bebê torna-se cada vez mais apto a reconhecer os impulsos instintuais como um aspecto do *self*, e não mais como ambientais e/ou externos. Isso ocorrendo, a satisfação instintual torna-se um importante fortalecedor do *self*.

Outro aspecto, que em condições favoráveis é fonte de impulsos acerca dos estados excitados, é a *motilidade*. A motilidade se expressa desde antes do nascimento (com a evolução gradual do feto e os movimentos com as pernas, muitas vezes chutando o útero da mãe) e depois do nascimento (ao movimentar-se e exercitar a vitalidade dos músculos e tecidos). Ao serem expressadas, o bebê dá de encontro com algo ou alguma coisa e, assim, o meio ambiente vai, progressivamente, sendo descoberto e redescoberto. Segundo Dias (2003), descobrir o ambiente, aqui, nessa fase inicial, não quer dizer que o bebê comece a “perceber” a existência do ambiente e das coisas externas, mas que, aos poucos, por meio das experiências repetidas que ele faz de qualidades de permanência, consistência, texturas etc., começa a se acumular, nele, um crescente “conhecimento” não mental, baseado na familiaridade, conhecimento que é anterior à consciência perceptiva do mundo externo.

A mãe, suficientemente boa, que se adapta e favorece condições favoráveis ao possível bebê, possibilita que a motilidade e a tensão instintual sejam “fundidas” e o bebê empregue o máximo possível do seu impulso motor primitivo ou erotismo muscular nas experiências instintuais. Vale destacar que a motilidade (para ser experienciada como tal) precisa encontrar oposição, e/ou, algo contra o qual faça força. Isso não ocorrendo, permanecerá não experimentada e constituir-se em uma ameaça ao bem-estar. O contrário também precisa ser considerado, porque um excesso de oposição inibe o impulso e impede que a motilidade se funda à experiência instintual.

4.2.2.2 Os estados tranquilos

Winnicott observou, de forma muito perspicaz, que na psicanálise tradicional os estados tranquilos do bebê não foram considerados. Esse aspecto “saltou” aos seus olhos, refletindo a seguinte indagação: Onde e como está o bebê quando não está mamando ou buscando algo?

Essa indagação e/ou investigação de Winnicott é muito interessante e valiosa, pois abre caminho para que possamos visualizar um aspecto ou dimensão, importante da natureza humana (que na saúde, nunca se extingue) que é a necessidade de abandonar, por alguns momentos, o mundo, poder silenciar, permanecer em estado de quietude no mundo subjetivo¹⁸ ou “protegidos” das tantas tarefas e compromissos externos do dia a dia, no espaço potencial da arte e da cultura. Outro aspecto importante de sua indagação e/ou investigação diz respeito (de modo especial nos estágios iniciais) à realidade da experiência excitada, que, no encontro com o objeto, depende de o impulso, que deu origem à busca, ter partido de um estado de descanso, no estado de não integração. Outro ponto importante é que essa reflexão diz respeito ao fato de a diferença (entre os estados tranquilos e excitados) fornecerem a base para a importante distinção entre: o mundo em que o bebê habita e os objetos que podem ser encontrados (criados) no interior desse mundo.

A necessidade do bebê, nos estados tranquilos da primeira mamada teórica, é ficar no estado não integrado, no relaxamento próprio de quem se sente bem sustentado. Nesses casos, o bebê se entrega a “contemplação”, elaborando imaginativamente os estados fisiológicos da digestão, ou envolvido pelos ruídos, cheiros e movimentos do ambiente. Estando no colo da mãe, o bebê olha atentamente para ela ou se recolhe em isolamento para o qual ela não tem acesso, ou dorme. A mãe permanece lá, sustentando a situação no tempo, aguardando que o bebê retome uma busca qualquer: quando ele desperta e faz um gesto de comunicação, lá está ela, apresentando-lhe um pequeno fragmento de mundo ou um manejo que confirma, para o bebê, que o mundo continua presente e vivo. O movimento de repetição (monótona e regular) dessa experiência, vai criando no bebê a capacidade de confiar, acreditar em.

Importante destacar que o isolamento, no qual o bebê, se retira para descanso, não é de cunho defensivo; ao contrário, é um lugar natural e saudável, de quietude, silêncio, ao qual o bebê pode sentir-se seguro, relaxado, não integrado, sem que sequer possa tomar conhecimento do ambiente. “Se ao contrário, ao invés da

¹⁸ Nesse sentido, vale citar um pequeno fragmento da grande escritora Clarice Lispector, publicado em um de seus últimos escritos, intitulado: Um sopro de vida (pulsações): “Fiquei sozinha um domingo inteiro. Não telefonei para ninguém e ninguém me telefonou. Estava totalmente só. Fiquei sentada num sofá com o pensamento livre. Mas no decorrer do dia até a hora de dormir tive umas três vezes um súbito reconhecimento de mim mesma e do mundo que me assombrou e me fez mergulhar em profundezas obscuras de onde saí para uma luz de ouro. Era o encontro do eu com o eu. A solidão é um luxo”.

confiabilidade, há um padrão de invasões às quais o bebê tenha que reagir, o sentido de ser se perde e só pode ser recuperado por um retorno ao isolamento” (DIAS, 2003, p. 192). Nesse caso, o isolamento já não favorece o indivíduo, mostra-se como uma organização defensiva e, se forem excessivas, abrem caminho para uma patologia psicótica, em especial, a esquizoide.

Para que o impulso e o encontro com o objeto sejam sentidos e experienciados como reais, é preciso que partam de um estado de repouso. Melhor dizendo: o retorno do relaxamento da não integração é a condição necessária para que o que quer que se dê, nos estados excitados, seja sentido como real e possa favorecer a integração num *self*, também este, sentido como real. “Se o que se estabelece é uma impossibilidade de descanso, o gesto já está alienado na base” (DIAS, 2003, p. 193).

4.2.3 As tarefas básicas

4.2.3.1 A integração no espaço e no tempo

Primeiramente, gostaria de destacar que o termo integração é usado na teoria winnicottiana em dois sentidos: num primeiro momento, aponta para a tendência inata do indivíduo ao desenvolvimento emocional, que (se tudo correr bem) leva ao estatuto unitário; num segundo momento, aponta para as várias integrações parciais que vão acontecendo, aos poucos, ao longo do percurso, a partir do estado de não integração.

Integrar-se no tempo e no espaço é a conquista mais importante das tarefas do desenvolvimento emocional do indivíduo. Sem essa conquista básica, não há sentido de realidade possível (nem do mundo e nem do si-mesmo), considerando que essa só encontra sentido e concretude no espaço e no tempo.

Todo o processo de integração tem sua base na temporalização e espacialização, que se dá no início da vida do bebê. Considerando-se a imaturidade do bebê (sua dependência absoluta) que no início habita num mundo subjetivo, iniciá-lo no espaço e no tempo significa cuidar para que o tempo e o espaço que regem esse mundo sejam também subjetivos. Daí a atitude crucial da mãe em manter a continuidade de sua presença, a sua permanência contínua dos cuidados do bebê, já que esse (devido a sua imaturidade) ainda não sabe da existência da mãe e, só aos poucos, vai adquirindo uma memória de sua presença.

Segundo Winnicott (1958/2005), os impulsos criativos do bebê apagam-se, a não ser que sejam confrontados com a realidade externa (considerando-se que essa externalidade só encontra sentido do ponto de vista do observador). É de suma importância que a criança recrie o mundo e isso só é possível se, gradualmente, o mundo for se tornando presente nos momentos de atividade criativa da criança.

Nesse período inicial, o bebê está aos poucos tornando mais sólido (forte) o estado de ser, que emergiu do não ser; daí, repito, o fator crucial da continuidade dos cuidados e/ou adaptação da mãe. Se a mãe é capaz de identificar-se com seu bebê, este poderá guardar a memória de sua presença. Os intervalos ou ausências da mãe não serão caracterizados como traumáticos para o bebê. Mas, ocorrendo o contrário, da mãe não se adaptar ao gesto e/ou necessidade do bebê, sua memória da presença da mãe se apaga. Dito de outra maneira: o bebê perde ou interrompe sua continuidade de ser; sua sensação é de aniquilamento, de loucura, de ter o tempo todo que começar tudo de novo.

A mãe, ao oferecer cuidados suficientemente bons ao bebê (via adaptação às suas necessidades e a partir do gesto do bebê), o impedirá de desenvolver um estado de alerta contra as invasões do ambiente, que tornaria o bebê reativo, ao invés de espontâneo, criativo.

Com o passar do tempo, o bebê começa a ter um “conhecimento” de si-mesmo, do ambiente e do que irá suceder. Esse conhecimento não é mental, mas fundamentado na crescente familiaridade com as sensações corpóreas que são elaboradas imaginativamente e com o estado de coisas que o rodeia. Esse é o fundamento da temporalização, inicialmente subjetiva, do bebê. A partir das experiências do presente, ele começa a constituir um passado, um “lugar” onde guardar experiências, podendo, dessa forma, antecipar o futuro, devido ao fato de algumas coisas e acontecimentos terem se tornado previsíveis, confiáveis. A autora também aponta que,

[...] juntamente com a constituição do sentido de presença, começa a ocorrer um tipo especial de marcação do tempo que, na saúde, é necessariamente anterior à percepção das cronologias. Essa marcação é feita pelas vias naturais, especificamente humanas, de intimidade com o corpo da mãe – o ritmo respiratório desta, as batidas do seu coração; também é regida pelos ritmos do corpo do bebê aos quais o ambiente se adapta: a fome, a amamentação, a excreção, o sono, o despertar, os sons, a luz e os cheiros. (DIAS, 2003, p. 199).

Dessa forma, a temporalização e espacialização do bebê vai se dando, via cuidados maternos, pela elaboração imaginativa desse funcionamento fisiológico do bebê, tendo sempre em vista que esse processo se dá (na saúde) pelo próprio gesto e/ou ritmo do bebê. Se a mãe, ao contrário, impõe seu próprio tempo e/ou ritmo ao bebê, a temporalização e a coesão psicossomática ficam debilitadas e/ou impedidas. A mãe que se adianta aos ritmos do bebê rouba seu impulso pessoal e criativo e, conseqüentemente, todas as suas experiências não são sentidas como reais.

Holding é o nome que Winnicott dá aos cuidados específicos da mãe para a realização dessa imprescindível tarefa de integração no espaço e no tempo. Esse se refere ao manuseio do bebê e aos cuidados físicos relacionados a este, visando ao bem-estar do bebê. Quem cuida da rotina e/ou regularidade e sustenta essa situação no tempo é a mãe suficientemente boa.

4.2.3.2 O alojamento da psique no corpo

A noção winnicottiana de alojamento da psique no corpo parte da ideia de que, no início, corpo e psique ainda não se reuniram. Isso somente se dará (se tudo correr bem) no processo de desenvolvimento emocional da criança, quando estes se constituírem em uma unidade, considerando-se que essa parceria não está garantida. Há casos em que a parceria psique-soma do bebê não chegará a operar como uma unidade.

O alojamento da psique no corpo é uma conquista e, como tal, estabelece-se somente pelos cuidados ativos e permanentes da mãe (e/ou alguém que faça essa função) que segure e cuide do bebê; dito de outra forma, que o reúna nos braços e no olhar. Se isso não ocorre, o bebê sente-se espalhado, em pedaços.

O bebê, sentindo-se amparado (seguro) no colo da mãe, especialmente durante as experiências excitadas, pode entregar-se aos cuidados da mãe e, dessa forma, a psique pode realizar (por meio da elaboração imaginativa das funções e sensações corpóreas) seu trabalho de integração. Vai se dando, paulatinamente, a conexão entre corpo (soma) e psique. A psique passa a fazer do corpo sua morada.

O cuidado materno que corresponde a essa tarefa é o *handling* (manejo), que faz parte do segurar completo (*holding*), com ressalva de que se trata especificamente dos cuidados físicos do bebê.

Dias (2003) aponta que, no exercício da mãe de segurar-manejar, devem estar incluídas todas as experiências sensoriais necessárias. Segundo ela, é necessário

[...] ser envolvido, por todos os lados, num abraço vivo, que tem temperatura e ritmo e que faz o bebê sentir tanto o corpo da mãe como o seu próprio corpo; ser aconchegado no berço de modo a permanecer tocado pelas mantas e almofadas e não solto no espaço; as inúmeras sensações táteis ao ser manejado de todas as formas, banhado, acariciado, afagado, cheirado etc.; diferenças sutis e graduadas de luminosidade, textura e temperatura; a oposição necessária para o bebê exercitar a motilidade; a resposta ativa e concreta para os estados excitados, tanto no que se refere à busca de algo quanto à satisfação instintual e motora. (DIAS, 2003, p. 210).

Na boa sustentação e manejo, o bebê não precisa saber que é um amontoado de membros soltos, com cabeça e ombros separados, nem saber que é protegido de agressões fisiológicas ou salvo de uma queda infinita e/ou deixado entregue à própria sorte. Ao ser protegido de intrusões ou descontinuidades, tais como as citadas acima, pode, por momentos, experimentar os estados de não integração com tranquilidade e continuar a fazer gestos espontâneos.

Todas essas experiências permitem ao bebê habitar seu próprio corpo, favorecendo a coesão psicossomática, e também contribuem para o sentido de “real”: realidade do si-mesmo. No início da vida do bebê, o amor da mãe é manifestado em termos de cuidado físico.

É a mãe que cuida do bem-estar físico do bebê, mas de tal forma que se dirige à *pessoa total* do bebê, que ele ainda não é, mas que será. Dito de outra forma: não basta que a mãe cuide apenas do aspecto físico; ela precisa ter ciência de que ali existe, em potencial, uma pessoa. Sem isso, o bebê não pode integrar-se numa unidade e nem em condições para uma parceria psique-soma.

4.2.3.3 O início do contato com a realidade: as relações objetais

No começo da vida, o bebê não tem maturidade suficiente para saber da existência da realidade externa, para perceber os objetos que a ela pertencem e muito menos para relacionar-se efetivamente com eles (DIAS, 2003).

Fazer a separação do si-mesmo dos objetos é uma conquista, muito sofisticada e depende de outras conquistas anteriores. A realidade que é própria da externalidade

só se dará mais tarde, no estágio do uso do objeto, sendo a externalidade criada pelo próprio bebê. Depois disso, ele ainda terá de completar a conquista, separando o si-mesmo do ambiente total, o que só ocorrerá no estágio do EU-SOU.

No início, como dito acima, o bebê não tem o sentido de externalidade, nem qualquer sentido de realidade. O único que lhe é possível nesse início é o da realidade subjetiva. Somente com o estabelecimento da realidade subjetiva o bebê pode caminhar rumo a conquistas graduais próprias do desenvolvimento emocional.

Segundo Loparic (1995), a relação do indivíduo humano com objetos subjetivos se caracteriza por excluir qualquer separação entre sujeito e objeto, já que esse sentido de realidade é anterior à ação e à representação, condições da vida sob a égide do princípio de realidade; entenda-se, da realidade externa que caracteriza os objetos do mundo externo.

Uma característica central dos objetos subjetivos (na saúde) é a de serem confiáveis. A mãe, suficientemente boa, deve proporcionar ao bebê a experiência de criar o mundo e de protegê-lo contra qualquer forma abrupta de intrusão. O objeto deve chegar ao bebê no momento exato em que ele necessita. Dito de outro modo, o início da relação objetal se dá nos momentos excitados do bebê, quando este é acocado pelos instintos, fazendo o gesto de buscar algo em algum lugar.

O cuidado materno específico para essa tarefa é a *apresentação de objetos*. O bebê só cria a partir daquilo que encontra; sendo assim, é imprescindível que continuamente a mãe realize o trabalho de apresentar amostras do mundo ao bebê. Conforme Winnicott (1970/1989, p. 39),

Se aquilo que está sendo criado precisa ser realizado concretamente, alguém tem de estar lá. Se ninguém estiver lá para fazer isso, então, num extremo, a criança fica autista – criativa no espaço – e tediosamente submissa em seus relacionamentos (esquizofrenia infantil).

Dias (2003) aponta que o sentido de real, da realidade externa, é que será o fundamento de todos os outros. Esse se assenta, via confiabilidade. É esta que constitui propriamente o mundo subjetivo e é apenas por habitar num mundo subjetivo que o bebê pode encontrar objetos subjetivos. Nesse mundo, o bebê faz a experiência de um controle total sobre os objetos. Dito de outra forma: é um mundo mágico, onde as exigências do mundo objetivo ainda não fizeram a sua inscrição. O seio aparece quando a fome aponta, e desaparece quando a tensão cessa. “A adaptação absoluta

da mãe mantém o bebê na área de ilusão de onipotência, sendo aí – e apenas aí – que ele pode começar a ser” (DIAS, 2003, p. 216).

Com o passar do tempo, e no tempo próprio do bebê, ele terá de se confrontar com o fato da existência externa (do mundo), a qual não terá controle; porém, se no início, tudo correu bem, gradualmente, o bebê se tornará capaz de se sujeitar à evidência dessa outra realidade, sem perder a “dignidade”. Dito de outra forma: é por via da ilusão de onipotência que o bebê, aos poucos, torna-se capaz de aceitar a existência independentemente do mundo externo. Se esta ilusão é bem instalada, surge, paulatinamente, uma compreensão intelectual da existência da realidade externa, mas a sensação de que o mundo foi criado pessoalmente permanecerá.

4.2.4 A constituição do *self* primário

Como fora explicitado anteriormente, conforme o bebê vai sendo apresentado aos objetos, ele vai paralelamente, e aos poucos, construindo sentidos de realidade. O bebê ainda não existe como um sujeito unitário, como um eu. O que existe no início é um *self* primário que vai aos poucos tornando-se mais consistente para que o bebê atinja o estágio do EU-SOU.

A integração vai se dando gradativamente. A partir do estado de não integração, o bebê passa por períodos de vivacidade e excitação, que são de suma importância para que ocorra uma aglutinação do *self* como um todo. Ao “encontrar” um objeto, o bebê tem a sensação de estar vivo e sentindo-se real. Isso vai se dando a partir do movimento do bebê de buscar algo (via gesto espontâneo), obter esse encontro e satisfazer. Winnicott considera que as primeiras experiências do *self* ocorrem na primeira mamada teórica.

Na experiência de amamentação do bebê se dá o início do contato com o mundo externo. Isto é, ao encontrar-se com o objeto subjetivo, o bebê faz uma experiência de identificação primária com o objeto, ou seja, o bebê torna-se o objeto: ele é o seio. Isso constitui uma nova experiência que vai além da experiência de continuidade do ser, pois surge também a experiência de ser como uma identidade. Melhor dizendo: ao criar um objeto, o bebê está criando seu *self*, sua identidade, tornando-se, nessa experiência de identificação primária, o próprio objeto. Essa experiência é imprescindível, pois, na visão winnicottiana, o ser é a mais simples e

importante de todas as experiências, é a base para todas as experiências posteriores. Na experiência primária de integração, o bebê é idêntico aos cuidados maternos que ele recebe de sua mãe.

Segundo Dias (2003), a mãe provê o bebê em três aspectos. Primeiro, preservando a área de onipotência; ela, enquanto mãe-ambiente, abre e mantém um mundo (espaço e tempo) subjetivo confiável, onde poderá acontecer um encontro com o objeto, e para onde o bebê pode voltar para descansar. Segundo, ela possibilita que o bebê alcance o *self*, favorecendo uma experiência de identidade em que ele se torne o objeto. Ou seja, a mãe facilita a constituição “do quem” encontra o objeto. Por fim, é ela mesma, a mãe, o objeto (subjetivo) – o seio, o calor, o leite, etc. – que é encontrado (mãe-objeto).

Para Winnicott (1963\1983), no início, o bebê encontra-se fundido com sua mãe, ainda não separou o “eu” do “não-eu”; dessa forma, tudo que é experienciado e vivido nessa fase é reunido (armazenado) nas experiências do bebê, como se fosse uma qualidade do *self*, um funcionamento sadio do próprio bebê. O sentido de ser faz com que o bebê se sinta real e integrado em uma identidade, na qual Winnicott nomeou como *self* primário.

Por via de uma sutil adaptação materna, é possibilitado ao bebê criar o seio e, portanto, criar o *self*. À medida que a mãe protege a área de ilusão de onipotência e apresenta o mundo em pequenas doses ao bebê, ela possibilita que o mesmo tenha a experiência de criar o mundo e o *self*. Nesse ponto, começam a ser estabelecidas as bases para a constituição de um *self* saudável. Através da espontaneidade e das experiências reais, o *self* verdadeiro torna-se realidade viva para esse bebê.

Retomando o objeto da presente pesquisa, essa fase inicial (apresentada nesse capítulo no seu caráter saudável) descrita por Winnicott é imprescindível para a compreensão da patologia esquizoide, pois é nesse estágio que, na visão de Winnicott, encontra-se sua etiologia.

Dando prosseguimento, o objetivo do próximo capítulo é apresentar e/ou descrever a etiologia e tipos de funcionamento esquizoide usadas por esses indivíduos – esquizoide – apontadas pelo autor, que configuram a patologia esquizoide; também serão apresentados dois casos clínicos de esquizoide de Winnicott – o Caso B. e o de uma mulher esquizoide, descrito por Winnicott na segunda parte do artigo *Ausência e Presença de um sentimento de culpa, ilustradas*

em duas pacientes (1966\1994), do livro *Explorações psicanalíticas* – que elucidam e ajudam no estudo desta temática do ponto de vista winnicottiano. Por fim, dedicarei minha atenção em descrever o manejo clínico proposto pelo autor em referência a esses pacientes.

5 CAPÍTULO 3 – ETIOLOGIA E TIPOS DE FUNCIONAMENTO ESQUIZOIDE

5.1 ETIOLOGIA

Inicialmente, retomo a definição acerca dos esquizoides da psicanalista Elsa Oliveira Dias, que ao meu ver, descreve de forma bastante elucidativa esse grupo de pessoas, a partir da teoria winnicottiana. Segundo ela,

Os esquizoides são aqueles indivíduos que têm dificuldades em relacionar-se com as coisas que, em geral, são consideradas reais no mundo da realidade externa, compartilhada e consensual. Eles não as sentem como reais assim como não sentem real o mundo em que vivem. Embora, para qualquer pessoa, o sentimento de realidade das coisas possa variar, o que parece ocorrer com os esquizoides é que de tal modo seu sentido de realidade ficou restrito ao seu mundo imaginativo que eles não conseguem realizar com êxito a tarefa de viverem no mundo chamado de real. (DIAS, 1998, p. 335)

Essas dificuldades, que são características marcantes nos esquizoides, podem atingir diferentes níveis, com consequências diversas, razão pela qual pode-se falar de organizações defensivas, sempre se utilizando de defesas de natureza bastante primitivas.¹⁹

É notável que, ao nos aproximarmos das descrições de Winnicott a respeito desses indivíduos, essas defesas são sobretudo aquelas que tiveram seu ponto de origem no estágio de *dependência absoluta* do bebê, no fracasso das tarefas da *primeira mamada teórica* e estão relacionadas a *agonias impensáveis*.

Ainda que outros quadros psicopatológicos também se originam nesse estágio, tão delicado e frágil da natureza humana (esquizofrenia infantil, *borderline*), algumas descrições winnicottianas, desse quadro psicopatológico, podem ser destacadas como peculiares à esquizoidia, de modo a configurar uma certa especificidade do quadro da etiologia.

Desde a data de seu primeiro artigo (*Desenvolvimento Emocional Primitivo*, 1945), em que faz menção à doença psicótica, dentre elas, à esquizoidia, Winnicott (1945/2000) já apontava a ligação dos processos de adoecimento a esse período ou estágio do desenvolvimento emocional. Para o autor, é vitalmente importante compreendermos que, nesse estágio ou período, encontram-se as bases do viver

¹⁹ Vale ressaltar que para Winnicott as psicopatologias e as formas de sofrimento humano em geral, são decorrentes de organizações defensivas, e não apenas a esquizoidia.

saudável, ao mesmo tempo em que “[...] é nesse período que serão encontradas as chaves para compreendermos a psicopatologia da psicose” (WINNICOTT, 1945/2000, p. 222).

Já nesse artigo, ele elucida a importância dos processos de integração, personalização e, em seguida a estes, a apreciação do tempo e do espaço e de outros aspectos da realidade – numa palavra, a realização (WINNICOTT, 1945/2000, p. 223). Fala também de dois temas que são fundamentais no que tange aos esquizoides: a experiência de *ilusão* e a *criatividade*, que pertencem à experiência infantil, e que são básicas para a capacidade dos indivíduos de *criar o mundo*, no sentido winnicottiano.

Nesse mesmo artigo, falando especificamente acerca da esquizoidia, aqui chamada de introversão precoce, aponta para o aspecto de que esse período inicial é ainda mais primitivo que o de relações objetais; sendo assim, as falhas ambientais ocorridas nesse período têm o caráter de uma *retaliação primitiva*, uma vez que isso acontece antes de uma verdadeira relação com a realidade externa.

Neste caso o objeto, ou o ambiente, é tão parte do eu quanto são os instintos que os conjuram. Na introversão precoce, e portanto de natureza primitiva, o indivíduo vive num ambiente que é ele mesmo, e certamente se trata de uma vida muitíssimo pobre. Não há crescimento, pois não há enriquecimento a partir da realidade externa. (WINNICOTT, 1945/2000, p. 231)

Em 1948, Winnicott estende e reafirma seu ponto de vista. Segundo Winnicott (1948/2000), a teoria por ele formulada é a de que, no desenvolvimento emocional de cada criança, ocorrem diversos processos, deveras complexos, e a falta de progresso, ou o fato de o progresso não ter chegado a completar-se, predispõe o indivíduo ao distúrbio mental ou ao colapso. A solução desses processos cria a base para a saúde mental. Continua Winnicott (1948/2000, p. 236):

A saúde mental do ser humano tem suas bases assentadas na primeira infância pela mãe, que fornece um meio ambiente onde os processos complexos, mas essenciais no eu do bebê conseguem completar-se. Um bom estudo inicial seria talvez a descrição da tarefa da boa mãe comum, na medida em que podemos conhecer o que ocorre nessa parceria.

Falando sobre os esquizoides, Winnicott (1954-5/2000) aponta que esses indivíduos tiveram demasiados problemas ao atravessarem esses períodos iniciais, não conseguindo estabelecer-se como uma pessoa inteira, que não houve uma aquisição básica da posição depressiva e a ‘recriação mágica’ foi utilizada para

preencher o vazio. Penso que, talvez por isso, Winnicott tenha afirmado que os “[...] esquizoides já tenham estabelecido um trabalho para a vida inteira, ou seja, o estabelecimento deles mesmos, cada um como um indivíduo, com senso de identidade e de se sentir real”. (WINNICOTT, 1968/1989, p. 119).

Mais ao final desse importante artigo, aponta:

Quanto aos indivíduos mais esquizoides, e a todas as populações dos hospitais psiquiátricos que jamais chegaram a viver com base no verdadeiro eu ou na auto-expressão, a posição depressiva não é o mais importante. Para estes, ela ficará na mesma condição de cor para os daltônicos. (WINNICOTT, 1954-5/2000, p. 373)

Winnicott (1960/1983) aponta que esse período inicial do bebê é caracterizado pela necessidade essencial de um ambiente sustentador, onde o “potencial herdado” está se tornando uma continuidade do ser. A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila.

Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o latente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal. Sob condições favoráveis o latente estabelece uma continuidade da existência e assim começa a desenvolver a sofisticação que torna possível estas irritações serem absorvidas na área de onipotência. (WINNICOTT, 1960/1983, p. 47)

Na concepção winnicottiana, ser e se sentir real dizem respeito essencialmente à saúde, e só se garantirmos o ser é que podemos partir para coisas mais objetivas. “Sustento que isso não é apenas um julgamento de valor, mas que há um vínculo entre saúde emocional e o sentimento de se sentir real” (WINNICOTT, 1967/1989, p. 27).

Sendo assim, cabe perguntarmos-nos que tipo de falha e/ou fracasso do ambiente interrompe a continuidade do ser, dando origem a uma doença esquizoide?

Inicialmente, é bom esclarecer mais uma vez que as falhas de adaptação do ambiente podem atingir diferentes níveis, com conseqüências diversas e/ou tipos de funcionamento esquizoide diversos. Mais à frente, buscarei aprofundar esses tipos e graus de funcionamento esquizoide que, no meu modo de ver, aparecem de três modos nos textos winnicottianos: fases ou episódios esquizoides ou esquizoides depressivos, doentes esquizoides propriamente ditos e pacientes que se tornam esquizoides durante o tratamento, por conta dos cuidados suficientemente bons oferecidos pelo analista, que favorecem a regressão.

Isso é importante salientar, pois me parece existir um elo que une todos esses relatos e tipos de funcionamento esquizoide, a saber: os indivíduos esquizoides sofreram falhas abruptas, desastrosas; ainda assim, conseguiram constituir, mesmo que de forma muito incipiente, um *self*. Penso que isso é central, pois essa conquista, repito, ainda que muito incipiente, sequer foi possível em muitos casos, por exemplo, no autismo (ou como Winnicott prefere chamar, esquizofrenia infantil), e mesmo nos casos *borderline*, que não conseguiram atingir, minimamente, a constituição de um objeto subjetivo, de um *self*, tendo de viver colado ao mundo e em total submissão às demandas ambientais, num uso quase que exclusivo da defesa do tipo falso *self* cindido.

Acompanhando as descrições de Winnicott, no que tange aos esquizoides, as falhas ambientais surgem devido ao bebê estar à mercê de um ambiente caótico ou mãe caótica, imprevisível, que, devido a sua própria precariedade emocional, apresenta o mundo ao bebê e a si-mesma (suas emoções, humor) ora de um jeito, ora de outro.

Pessoalmente, tive a oportunidade (principalmente no hospital psiquiátrico) de ter contato com um número razoável de mães, cujos filhos são esquizoides. Nesse contato e escuta, por vezes semanal, com essas mães, esse aspecto sempre me pareceu muito característico. Mesmo no trato comigo ou com a equipe, essas mães mostravam-se muito caóticas, desorganizadas. Mal podiam dar conta de exigências mínimas que se propunha a elas, como exigência para o tratamento na instituição. Emocionalmente, alternavam o tempo todo, algumas vezes pareciam solícitas, afetivas, agradecidas, outras vezes depressivas, evasivas etc. Confesso que, sempre que tinha contato com essas mães, pensava comigo: “Não é à toa que o(a) filho(a) está doente nesse grau”. Eu me punha a imaginar aquele paciente quando era um bebê, extremamente dependente dessa mãe, de cuidados, de uma rotina etc.

Falando sobre o que significa o ambiente caótico para a criança, diz Winnicott (1970/2005, p. 254):

O ambiente caótico significa, para a criança, imprevisibilidade. Imprevisibilidade quer dizer que a criança deve esperar traumatismo e que a sagrada área central da personalidade deve manter-se escondida e inacessível, para que nada lhe possa fazer nem bem nem mal. O ambiente frustrador produz confusão mental e a criança poderá desenvolver-se permanentemente confusa, nunca organizada, no sentido de orientação.

Nesse mesmo artigo, um pouco à frente, Winnicott (1970/2005) aponta que, na realidade, essas crianças passam a vida escondendo algo que se poderia chamar de

seu verdadeiro *self*. Que *talvez* vivam algum tipo de vida em termos da franja forjada pelo falso *self*, mas o sentimento de existir estará vinculado a um verdadeiro *self*, central e inacessível. “A queixa, se é dada à criança a oportunidade de queixar-se, é de que nada é sentido nem vivenciado como real ou essencialmente importante, ou verdadeiramente uma manifestação do *self*” (WINNICOTT, 1970/2005, p. 255).

Winnicott (1955/2005) aponta algumas consequências das falhas ambientais na vida das crianças. Segundo ele, há crianças que estão doentes no sentido de que não se integram em unidades e que, portanto, não podem contribuir para um grupo. Há, também, crianças que desenvolveram um falso *self*, o qual tem a função de estabelecer e manter contato com o ambiente e, ao mesmo tempo, proteger e ocultar o eu verdadeiro. Nesses casos, há uma integração ilusória que se desfaz assim que é admitida como ponto pacífico e convocada para uma contribuição. Penso que essa classificação se alinha bem ao paciente B., descrito por Winnicott como um esquizoide depressivo. Mais adiante buscarei apresentar alguns fragmentos clínicos desse caso, tão importante e elucidativo do autor. E por fim, crianças que estão doentes no sentido de serem *retraídas*, de o mundo sempre lhes parecer perigoso, aniquilador.

Penso que essa descrição do autor aponta essencialmente para o caráter de doença esquizoide, propriamente dita. Nesses casos (que serão descritos posteriormente), aparece uma outra questão, a meu ver, também crucial no que concerne aos esquizoides, a saber: a sensação permanente que esses indivíduos sentem de que o mundo e/ou tudo aquilo que diz respeito ao relacionamento com a realidade externa e compartilhada é algo muito perigoso, pernicioso. Por isso, sua atitude é a de sempre *fugirem do mundo*, do contato, das relações.

Esse aspecto, marcante nos esquizoides, a meu ver, também aparece nos diversos tipos de funcionamento esquizoide, uma vez que, em momentos de crise, o que vemos são essas pessoas se retraírem, esconderem-se em seus quartos (muitas vezes não aceitam sequer que abra as janelas e entre um pouco luz), evitando sons, contato com as pessoas, ficando inaptos para o trabalho etc. Ou mesmo no caso dos pacientes que apresentam episódios esquizoides durante o tratamento, via regressão no *setting* analítico, a atitude de fuga do mundo ou retraimento, por certos períodos, é bastante visível.

Fazendo um paralelo a outros quadros psicóticos oriundos desse mesmo estágio do desenvolvimento emocional, vemos que, enquanto no caso dos

esquizoides sua característica central é a de *fuga do mundo*, no autismo (esquizofrenia infantil), a ênfase recai na *invulnerabilidade* “total” e, nos quadros *borderlines* (falso *self* patológico), o que se dá é a mimetização do ambiente ou se “*colam no mundo*”.

Uma vez que ocorre o fracasso da mãe, na delicada e complexa adaptação às necessidades do bebê, a continuidade do ser do bebê é quebrada, interrompida e os processos de desenvolvimento emocional do bebê tende a congelar, não mais se desenvolver, justamente nesse período tão delicado em que estão sendo formadas as bases da personalidade, que ocorrem nos primeiros estágios do desenvolvimento.

Segundo Winnicott (1954-70/1990), num caso menos satisfatório, o padrão de relacionamento se baseia no movimento do ambiente (não do gesto\ necessidade do bebê). Isso merece o título de intrusão. O indivíduo reage à intrusão, que é imprevisível, por não ter relação alguma com o processo vital do próprio indivíduo. Isto, quando repetido, também se transforma num padrão de relacionamento, com um resultado bem diferente, uma vez que a reação à intrusão subtrai algo da sensação de um viver verdadeiro, que é recuperada apenas através do retorno ao isolamento, na quietude. Continua Winnicott (1954-70\1990, p. 149):

[...] é possível mostrar que a influência ambiental pode iniciar-se numa etapa muitíssimo precoce, determinando se a pessoa, ao buscar uma confirmação de que a vida vale a pena, irá partir à procura de experiências, ou retrairá, fugindo do mundo.

Segundo Winnicott (1967/1989), a palavra-chave nesse estágio é *integração*, que abrange quase todas as tarefas do desenvolvimento. “A integração leva o bebê a uma categoria unitária, ao pronome pessoal ‘eu’, ao número um; isso torna possível o EU SOU, que dá sentido ao EU FAÇO” (WINNICOTT, 1967/1989, p. 22).

No caso de um bebê, a integração é um processo com ritmo próprio e crescente complexidade. No caso dos esquizoides (em seus vários graus), esse aspecto, essencial do viver, é débil e, ao mesmo tempo, muito doloroso para o indivíduo. Segundo Winnicott (1963/1989), apesar de as tendências ao desenvolvimento – a integração – estarem presentes o tempo todo, no que concerne aos esquizoides, instala-se uma desesperança (causada por falha ambiental repetitiva) que conduz a um isolamento estruturado. Continua o autor:

Essas tendências têm sido descritas em termos de integração, de a psique se entender com o corpo, de um ficar vinculado ao outro, e do

desenvolvimento da capacidade de estabelecer relações objetais. Tais processos seguem seu curso, a não ser que sejam bloqueados por falhas no “segurar” e no atender os impulsos criativos do indivíduo. (WINNICOTT, 1961/1989, p. 84).

O aspecto de atender aos impulsos criativos do indivíduo fulgura como questão importante, uma vez que, no caso dos esquizoides, parece ter havido um fracasso substancial no que diz respeito às tarefas da primeira mamada teórica. Sendo esta uma inauguração do contato com a realidade, precisa ser bem-sucedida, deve manter-se no âmbito do mundo subjetivo e preservar a criatividade. Na esquizoidia, a criatividade fica quase que incapaz de ser exercida na vida, precisa ser preservada a qualquer custo. Essa criatividade pode estar reduzida a uma fagulha de contato consigo mesmo, que no isolamento (fuga do mundo) permite a ele ter um sentimento de si, ao mesmo tempo em que esquece ou desconhece a existência do mundo ou realidade compartilhada.

Isso não o impede de realizações esplendorosas, porém, com a recorrente sensação de que o que produzem ou criam não encontra qualquer valor a seus próprios olhos. Muitos grandes artistas e escritores passam na minha mente enquanto escrevo. É muito comum, ao conhecermos suas biografias, perceber esse aspecto paradoxal de suas produções. Na maioria das vezes, suas obras são valorizadas e apreciadas pelo público, enquanto parecem não ter valor nenhum para o artista.

Outra tarefa subsidiária no desenvolvimento infantil é o abrigo psicossomático. Grande parte do cuidado físico dedicado à criança – segurá-la, manipulá-la fisicamente, banhá-la, alimentá-la, e assim por diante – destina-se a facilitar a obtenção, pela criança, de uma psique-soma que viva e trabalhe em harmonia consigo mesmo. No caso dos esquizoides, o que se dá, é uma conexão muito frouxa entre a psique e o corpo e suas funções. Esse aspecto é muito visível no contato e atendimento a esses pacientes. O ambiente caótico no qual foram submetidos não foi capaz de os proteger das irrupções da realidade externa. Seus movimentos mostraram-se bastante desengonçados, usam roupas desproporcionais ao corpo e que não coincidem com a temperatura.

De modo similar, pode-se examinar o estabelecimento de relações objetais, do mesmo modo que a coexistência psicossomática e o tema amplo da integração. Para Winnicott (1967/1989), o processo maturacional impulsiona o bebê a relacionar-se com objetos; no entanto, isso só pode ocorrer de forma a que o bebê comece com um

suprimento da *experiência de onipotência*, que constitui o alicerce apropriado para que ele, depois, entre em acordo com o princípio da realidade.

Há um paradoxo aqui, na medida em que, nessa fase inicial, o bebê cria o objeto, mas o objeto já está lá, e o bebê não pode, portanto, tê-lo criado. Deve-se aceitar o paradoxo, não resolvê-lo, aponta o autor. Na doença esquizoide, diz Winnicott (1967/1989, p. 24),

[...] o estabelecimento de relações objetais fracassa, o paciente se relaciona com o mundo subjetivo ou malogra em se relacionar com qualquer objeto fora do self. A onipotência é assegurada através de delírios. O paciente se retrai, fica fora de contato, estupidificado, isolado, irreal, surdo, inacessível, invulnerável e assim por diante.

Vale ressaltar que uma grande parte da vida saudável tem a ver com as várias modalidades de relacionamento objetal e com o processo de “vaivém” entre o relacionamento com objetos externos e internos. Isso é uma questão de pleno usufruto das relações interpessoais, “[...] embora os resíduos do relacionamento criativo não se percam fazendo com que cada aspecto do relacionamento objetal seja excitante” (WINNICOTT, 1967/1989, p. 24). E continua:

A saúde aqui inclui a ideia de uma vida excitante e da magia da intimidade. Todas essas coisas andam juntas e combinam-se, na sensação do se sentir real, de ser e de haver experiências realimentando a realidade psíquica interna, enriquecendo-a, dando-lhe direção. A consequência é que o mundo interno da pessoa saudável se relaciona com o mundo real ou externo, e mesmo assim é pessoal e dotado de uma vivacidade própria. (WINNICOTT, 1967/1989, p. 24).

Winnicott (1954-70\1990), falando do sentimento de irrealidade, tão característico nos esquizoide, alude a uma descrição que me parece muito interessante, segundo a qual bebês que tiveram experiência um pouco menos afortunada, veem-se realmente aflitos, pela ideia de que não há um contato direto com a realidade externa. Pesa sobre eles, o tempo todo, uma ameaça de perda da capacidade de se relacionar. Para eles, o problema filosófico se torna e permanece vital, uma questão de vida ou morte, de comer ou passar fome, de alcançar o amor ou perpetuar o isolamento. De acordo com Winnicott (1954-70\1990, p. 135),

Os bebês ainda menos afortunados, aos quais o mundo foi apresentado de maneira confusa, crescem sem qualquer capacidade de ilusão de contato com a realidade externa; ou então esta sua capacidade é tão

frágil, que facilmente se quebra num momento de frustração, dando margem ao desenvolvimento de uma doença esquizoide.

Assim, no pensamento de Winnicott, a esquizoidia se fundamenta nos seguintes fatores etiológicos. Os indivíduos esquizoide sofreram falhas abruptas, desastrosas, em decorrência de um ambiente caótico, ainda assim, conseguiram constituir, mesmo de forma muito incipiente, um *self*. A consequência das falhas ambientais produz, nos esquizoide, uma sensação quase permanente de que o mundo e/ou tudo aquilo que diz respeito ao relacionamento com a realidade externa ou compartilhada, é algo perigoso, pernicioso. Por isso, sua atitude é a de sempre fugirem do mundo, do contato, das relações, vivendo circunscritos a seu mundo subjetivo, a fim de protegerem seu incipiente *self*, contra a imprevisibilidade do ambiente.

5.2 TIPOS DE FUNCIONAMENTO ESQUIZOIDE

Tendo apontado anteriormente acerca da etiologia esquizoide, buscarei, nesse momento, apontar, a partir das descrições de Winnicott, alguns modos e/ou tipos de funcionamento esquizoide, tais como aparecem, espalhados em sua obra. Meu olhar se dá a partir de dois lugares, que se distinguem e se complementam. Primeiro, como leitor, tendo à minha frente sua obra e/ou escritos acerca da temática esquizoide; segundo, como profissional, na clínica e hospital psiquiátrico, onde tive a possibilidade de entrar em contato com muitos desses casos. Minha sensação pessoal acerca disso é de alguém que o tempo todo se transporta dos textos winnicottianos para os casos clínicos que surgiam e de alguém que, dos casos clínicos que surgiam, se transportava para os textos de Winnicott, num movimento contínuo e dinâmico.

Isto posto, gostaria de elencar alguns tipos e/ou graus de casos intitulados e descritos por Winnicott. A saber:

- a) pessoas que apresentam *fases* ou *episódios* esquizoide de forma espontânea ou no cotidiano da vida (a estes, Winnicott utiliza, muitas vezes, o termo *depressão esquizoide*);
- b) pessoas que, *se tornam* ou têm *recorrentes fases/episódios esquizoide na análise*, devido aos cuidados oferecidos pelo analista – via regressão à dependência;
- c) pessoas que se mostram *doentes esquizoide propriamente ditos*.

5.2.1 Pessoas que apresentam fases ou episódios esquizoides de forma espontânea ou depressão esquizoide

Uma das formas ou tipo de funcionamento em que Winnicott faz uso do termo esquizoide, refere-se àqueles indivíduos que, ao menos uma vez na vida, passaram por uma fase depressiva, do tipo esquizoide. E como bem destaca o autor, muitos já tiveram e inclusive lhe disseram:

Há um laburno em minha janela, o sol brilha, e intelectualmente sei que isso é uma paisagem incrível para aqueles que podem apreciá-la. Mas para mim esta manhã (segunda feira) não tem o menor significado. Não consigo senti-la. Me faz ver claramente que não me sinto real. (WINNICOTT, 1970/1989, p. 34).

Importante destacar que a depressão ou fases depressivas, própria das pessoas esquizoides, “[...] resulta mais da despersonalização, que do mecanismo mais normal de controle mágico, cuja intenção é curar” (WINNICOTT, 1954/1989, p. 92).

Segundo Winnicott (1963/1989), essas pessoas abarcam a categoria de todos aqueles que sofreram fracassos na organização do ego, que indicam uma tendência do paciente para a esquizofrenia, um tipo primitivo de enfermidade. Nesses casos, o que existe é uma ameaça de desintegração e são as defesas psicóticas que definem o quadro clínico, que inclui: cisão, despersonalização, sentimentos de irrealidade, falta de contato com a realidade externa.

Segundo o autor, o que ali subsiste é um elemento esquizoide difuso, de tal modo que se emprega, nesses casos, a expressão “depressão esquizoide”. Importante ressaltar que, nesses casos, uma certa organização do ego é mantida (por isso, o uso aqui da expressão depressão), apesar da desintegração que a ameaça.

Depressão, no caso dos esquizoides, me parece também estar relacionado a não integração dos aspectos amorosos e destrutivos por parte do indivíduo, uma vez que essa integração só ocorre de forma “genuína” com a conquista, por parte desse indivíduo, do concernimento, que é uma fase posterior no desenvolvimento emocional. No caso dos esquizoides, por terem sido interrompidos seu processo de amadurecimento, essa conquista ou integração ficam profundamente prejudicadas.

Nos casos de depressão esquizoide, também está associada uma ideia de perda (comum nos depressivos, propriamente ditos), porém, a perda aqui referida é

de uma espécie mais obscura do que nos casos de depressão (reação depressiva), uma vez que essas se originam em uma data anterior no desenvolvimento do indivíduo. Por exemplo, a perda pode ser de certos aspectos da boca, que desapareceu, do ponto de vista do bebê junto com a mãe e o seio, quando há uma separação em uma data anterior àquela na qual o bebê alcançou um estágio de desenvolvimento emocional que propicia a ele o equipamento para lidar com a perda. A mesma perda, da mãe, alguns meses mais tarde poderia ser uma perda de objeto, sem este elemento adicional, da perda da parte do sujeito.

Nos casos extremos de depressão esquizoide,

[...] o quadro clínico se parece com o da esquizofrenia e, de fato, não pode haver uma linha nítida de demarcação entre qualquer forma de doença mental e da outra. E na doença do indivíduo qualquer tipo de mistura e alternância deve ser esperado. (WINNICOTT, 1960/1983, p. 200).

De fato, esses quadros clínicos geram muitas dúvidas e dificuldades, no que concerne ao diagnóstico. Em geral, ao menos em minha experiência profissional, esses casos são muito comuns na rotina de um hospital psiquiátrico. São pacientes que, ao adentrarem na instituição (trazido pelos responsáveis ou de forma espontânea), trazem consigo, de fato, ao menos nos picos de crise e/ou surto, todas as características dos pacientes esquizofrênicos. Com o passar do tempo, aprendi que uma boa anamnese e escuta atenta dos responsáveis que acompanhavam esses pacientes, é um fator muito importante. Ao oferecer escuta e buscar dados clínicos e biográficos desses pacientes, com seus familiares ou responsáveis, é comum vermos neles uma certa atitude de espanto, ao verem deflagrada a doença do paciente. Chegam a nos dizer que não sabem como isso ocorreu, uma vez que essas pessoas pareciam *normais*, conseguiam trabalhar, estudar, muitos são inclusive pais ou mães, e, de repente (na visão dos responsáveis), o paciente enlouqueceu, surtou, emudeceu.

Em relação a esses pacientes, também é notável a mudança em seu quadro clínico, depois de um certo tempo, ao receberem os cuidados. Ao retornarem de seu *surto* o que vemos ali é uma outra pessoa, na qual, facilmente diríamos *normal*.

Ao que me parece, nesses casos, cabe aquilo que Winnicott descreve como um caso no qual o centro do distúrbio é psicótico. Nesses casos, fazendo uso da finíssima descrição de Winnicott (em seu livro *Natureza Humana*) há um certo grau de

falha de adaptação ou uma adaptação caótica, desenvolvendo dois tipos de relacionamento.

Um tipo consiste num relacionamento secreto e silencioso com um mundo interno essencialmente pessoal e íntimo de fenômenos subjetivos, e é exclusivamente este relacionamento que parece real. O outro é exercido a partir de um falso self e se estabelece para com o ambiente obscuramente percebido como exterior ou implantado. O primeiro tipo de relacionamento contém a espontaneidade e a riqueza, e o segundo é um relacionamento submisso, mantido com a intenção de ganhar tempo até o momento em que o primeiro talvez consiga, um dia, tomar posse. (WINNICOTT, 1954-70/1990, p. 129).

O problema, segundo o autor, é que os impulsos, a espontaneidade e os sentimentos que parecem reais, encontram-se confinados, no interior de um relacionamento que (em seu grau extremo) permanece incomunicável. Por outro lado, a outra metade da personalidade, cindida, o falso *self* submisso, está ali à vista de todos e é fácil de ser administrado.

Segundo Winnicott (1967/1989), essas pessoas trazem consigo a experiência de angústias impensáveis ou arcaicas, e que estão mais ou menos defendidos contra recordar-se de tal angústia, mas que, não obstante, vão usar qualquer oportunidade que se apresente para adoecer ou ter um colapso, a fim de se aproximar daquilo que é terrível e por isso impensável. Esse colapso raramente leva a um resultado terapêutico, embora se deva reconhecer um elemento positivo no colapso, pois, às vezes, o colapso conduz a uma espécie de cura e, então, aparece novamente a palavra saúde. Nesse mesmo ponto, Winnicott ainda afirma que esses pacientes não apresentam, como característica central em sua dinâmica, o movimento de *fuga em direção à sanidade* (mais característico dos pacientes *borderlines*), que não é sinônimo de saúde, uma vez que a saúde

[...] é tolerante com a doença; na verdade, a saúde tem muito a ganhar com a doença em todos os seus aspectos, especialmente com aquela doença denominada esquizoide e com a dependência. Temos de levar em conta o fato de que nesse grupo há muitas pessoas cujo desconforto e cuja ansiedade os impelem a realizações excepcionais. Pode ser que o convívio com elas se revele muito difícil, mas elas impulsionam o mundo em alguma área da ciência, da arte, da filosofia, da religião ou da política. (WINNICOTT, 1967/1989, p. 25).

Um outro tipo de defesa primitiva, muito característico desses casos (e também nos doentes esquizoides propriamente ditos), é a desintegração. Esses indivíduos se desintegram como uma forma de escapar a uma possível repetição da angústia

impensável (já mencionada mais acima). Em seu conhecido texto *O medo do colapso*, Winnicott (1963/1994), ao enumerar as variadas formas de agonia impensável, aponta para as defesas específicas que correspondem a cada uma delas. Ali aparecem ao menos duas dessas defesas que apresentam de forma muito clara o caráter de defesas autotraumatizantes: a desintegração, como defesa contra o estado de não integração, e a despersonalização, como forma de evitar a perda da aliança psicossomática.

O fenômeno da desintegração, como defesa organizada (contra o retorno da agonia impensável), difere-se do fenômeno do medo da desintegração, mais peculiar aos pacientes *borderlines*, que usam e abusam da defesa do tipo falso *self* cindido e fogem para a sanidade.

Nos casos aqui analisados, o que me parece é que esses indivíduos (uma vez que seu processo de integração foi interrompido, devido a um certo grau de fracasso na adaptação materna), não podendo *criar* a integração, criam a desintegração; como que antecipam o trauma, provocando eles mesmos um sobressalto. Ao meu ver, isso ocorre (nos casos esquizoides) como uma forma (doentia, óbvio) de não serem invadidos pelo mundo (ambiente). “O caos da desintegração pode ser tão ‘ruim’ como a instabilidade do meio, mas tem a vantagem de ser produzido pelo bebê e por isso de ser não-ambiental. Está dentro do campo de onipotência do bebê” (WINNICOTT, 1962/1983, p. 60).

Nos casos aqui analisados, me parece, a conjugam com uma defesa do tipo falso *self*, permitindo, assim, algum tipo de vida que não seja meramente caótica. Como illustrei anteriormente, com referência aos pacientes atendidos no hospital psiquiátrico, muitos conseguiam minimamente se organizar, trabalhar, ter filhos etc. No entanto, ao estabelecer um contato mais próximo com essas pessoas (em atendimento pessoal), era muito visível que o sentimento de ser, existir, sentir-se real, destes pacientes, era bastante precário e sempre vinculado à parte do verdadeiro *self* central e silenciosa.

5.2.2 Pessoas que se tornam esquizoides durante o processo analítico

Observa-se também nos textos winnicottianos, que fazem referência à temática esquizoide, aquelas pessoas que, no início da análise, apresentavam um quadro de

personalidade *borderline* e que, aos poucos, durante o tratamento, foram se tornando esquizoides ou em seus tratamentos apresentavam fases ou períodos esquizoides. Ressalta-se que essa experiência fora favorecida por meio dos cuidados suficientemente bons do analista, que, ao ser confiável, permite-se que o paciente possa regredir à dependência.

Cabe, neste ponto, apresentar, de forma global, algumas características desse outro tipo de paciente (*borderline*). A grosso modo, esses pacientes são basicamente ancorados na realidade externa, *descolaram-se* da raiz subjetiva do *self* e adaptaram-se (a um preço bastante caro, de toda a espontaneidade). Segundo Winnicott (1971/1975), esses indivíduos perderam o contato com o mundo subjetivo e com o modo criativo de lidar com as coisas.

Segundo Dias (1998), nesses casos, em geral, as pontes entre o mundo subjetivo e o objetivo nunca chegaram a ser formadas ou foram destruídas. O indivíduo tornou-se incapaz de vivenciar uma vida pessoal e/ou ser um ser humano total. Desde o início, o mundo subjetivo do bebê não foi legitimado. Nesses casos, há predominância da defesa do falso *self* cindido e a presença também (muito perceptível) da defesa contra a agonia impensável, de perder contato com objetos. Também se faz notar, conforme fora apontado anteriormente, uma fuga permanente de qualquer possibilidade de desintegração; o que existe, nesses casos, é o medo da desintegração. Sendo assim, esses indivíduos *fogem o tempo todo para a sanidade*, mesmo a vida sendo sentida como fútil, sem significado, sem sentido.

Nesses casos, tal como aparece na clínica, esses pacientes curiosamente funcionam *bem* e muitos chegam a ter sucesso profissional ou são muito facilmente confundidos com um paciente psiconeurótico. Daí o fato de ser muito perigoso ao analista fazer conluio com o paciente durante muitos anos de tratamento, sem que o cerne das questões, e/ou parte doente do paciente, de fato, chegue a ser analisado, visto, cuidado. Esses pacientes são como que *colados* no mundo e o que eles trazem para a análise é o seu ambiente internalizado.

No fundo, por trás de todas essas sutis e sofisticadas defesas, o que esses pacientes buscam, na experiência analítica, é a provisão básica, a possibilidade de (talvez pela primeira vez) criar o mundo, ser capaz de construir relacionamentos externos a partir do *self*; em suma, ter futuro como indivíduo.

Sendo a provisão básica oferecida nesses casos, existe a possibilidade, com a continuidade da análise, de o paciente começar a *abrir mão* dessas defesas tão sofisticadas e confiar-se aos cuidados do analista. Aos poucos, vai-se possibilitando o descongelamento dos processos maturacionais do paciente e, pela primeira vez, pode iniciar a constituição de um mundo pessoal, subjetivo. A meu ver, este mundo subjetivo, ainda incipiente, que começa a emergir no paciente, é que ‘provocará’ períodos caracteristicamente esquizoides, durante o tratamento, uma vez que as defesas serão lançadas a fim de proteger o *self* incipiente que ali começa a habitar. Geralmente, esses períodos são muito difíceis, dolorosos, tanto para o paciente quanto para o analista, e é preciso que esse último esteja ali, presente, vivo, bem, sustentando todo esse processo.

Um exemplo muito elucidativo do que aqui estou discutindo aparece num artigo de Winnicott intitulado *O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva* (1967/1994). Falando sobre os tipos esquizoides de transtorno clínico, o autor diz:

Minha atitude mudou quando vi que tenho de pensar em dois tipos de regressão, e uma delas é simplesmente uma retroação em uma direção que constitui o oposto do movimento para a frente do desenvolvimento. Vê-se aspectos regressivos aparecem e reconhece-se que os mecanismos de crescimento do indivíduo tornaram-se bloqueados. Outro tipo de regressão é inteiramente diferente, embora clinicamente possa ser semelhante. Neste tipo, o paciente regride por causa de uma nova provisão ambiental que permite a dependência. (WINNICOTT, 1967/1994, p. 153-154).

Referindo-se diretamente a seu estudo sobre os fenômenos esquizoides, Winnicott descobriu que estava utilizando a palavra *regressão* para significar *regressão* à dependência, e não mais se preocupou em saber se o paciente havia retroagido em termos de zonas erógenas. Continua o autor:

Isto me levou a ver que a enfermidade do paciente constitui uma expressão dos elementos sadios em sua personalidade, quando se relaciona a regressão com a provisão ambiental. O que quero dizer é que é uma coisa se um paciente simplesmente tem um colapso e outra se ele o tem em alguma nova provisão ambiental que oferece um cuidado confiável. (WINNICOTT, 1967/1994, p. 154).

Nesses casos, reafirma Winnicott, o paciente passa por uma fase regressiva porque a longa fase preparatória da análise forneceu-lhe um senso de haver algo digno de confiança, que pode ser usado de modo positivo. Winnicott ainda aponta

para a complexidade do uso que esse paciente faz desta nova oportunidade de dependência, mas que, apesar disso, o trabalho feito e o uso que se faz desse trabalho indicam o funcionamento de um saudável elemento de *ego observador* no paciente. “A defesa do self falso pode ser abandonada e o self verdadeiro pode ficar exposto (com grandes riscos) na transferência psicótica” (WINNICOTT, 1967/1994, p. 154)

A meu ver, esse tipo de funcionamento esquizoide, que ocorrem nesses períodos da análise, a saber: um profundo retraimento do paciente, sentimento de ser invadido pelo mundo, ameaça de perda de contato com a realidade externa e compartilhada, são os grandes riscos corridos pela dupla analítica no tratamento, pois, abandonando a defesa do falso *self*, o verdadeiro *self* (ainda muito incipiente) corre o risco de, mais uma vez, ser aniquilado, despedaçado.

5.2.3 Pessoas com problemas realmente esquizoides

Por fim, tento, neste momento, adentrar um tipo de funcionamento esquizoide, descrito por Winnicott (1968/1999). Falando sobre suas pesquisas analíticas, refere-se aos fenômenos muito iniciais, que se manifestam como características primárias, de duas maneiras: a primeira (já desenvolvida anteriormente) nas fases esquizoides pelas quais qualquer paciente pode passar “[...] ou no tratamento de *problemas realmente esquizoides*” (WINNICOTT, 1968/1999, p. 82).

Nesse ponto, parece-me, de forma mais explícita, que Winnicott vislumbrava um certo grupo de pacientes que, no seu entender, eram de fato pacientes esquizoides ou personalidades esquizoides. Nesses pacientes em especial, as defesas foram erigidas com tanta rigidez, a fim de se protegerem das falhas ambientais, especialmente de um ambiente caótico, imprevisível, que as consequências foram devastadoras.

Nesse grupo de pacientes, mais do que nos outros, o mundo e/ou a realidade compartilhada é sempre sentido como algo perigoso e sua dinâmica (devida a uma rígida organização defensiva) os impulsiona sempre a uma *fuga do mundo*.

Fugindo do mundo, de tudo o que signifique contato com a realidade externa ou compartilhada, não sobra outra alternativa ao doente esquizoide que não seja aferrar-se ao seu incipiente *self*, protegê-lo, ainda que o preço seja a de uma vida

irrevogavelmente fora dos fatos da vida e/ou, como aponta Winnicott (1967/1989), falando sobre o extrovertido e o introvertido:

Todos vocês estão familiarizados com essas duas vidas (relações interpessoais e a vida da realidade psíquica) e é bem sabido o fato de que ambas podem ser exploradas como defesa: o extrovertido precisa encontrar fantasia no ato de viver e o introvertido pode tornar-se autossuficiente, invulnerável, isolado e socialmente inútil. (WINNICOTT, 1967/1989, p. 28).

De fato, ao menos na minha experiência e/ou contato com esses pacientes, os aspectos descritos acerca dos introvertidos em muito se associam a esse grupo aqui por ora analisado. São pacientes autossuficientes, quase não *permitem* qualquer tentativa de aproximar-nos de suas questões, história, dificuldades; talvez por isso, penso eu, que muitas vezes Winnicott se referiu a esses pacientes como pessoas muito difíceis. São isolados. Esse aspecto também é muito peculiar nesse grupo. A impressão que tenho, e que muitas vezes eles mesmos nos contam, é que querem sempre mais e mais o isolamento, inclusive geográfico. Nesse grau de doença, em sua grande maioria, são inúteis socialmente, ainda que tenham demonstrado durante a vida talentos, inteligência, capacidade, mas que, devido explicitamente à sua doença, sucumbiram. É visível a falta de continuidade nas coisas, projetos, relações.

A meu ver, como em nenhuma outra descrição dos tipos esquizoides, esses pacientes são os que apresentam mais características psicóticas. Geralmente são pessoas esquisitas, desengonçadas, inclusive em relação a seu próprio corpo.

Outro aspecto que se destaca nesse grupo é uma certa ausência (ao menos como característica central) da defesa do tipo falso *self* cindido. Esse é um elemento importante destacado por Winnicott, se quisermos de fato conhecer e/ou ajudar esses pacientes. Sobre nenhum outro tipo de paciente, Winnicott é tão contundente em dizer:

Esses pacientes são, em alguns aspectos, mais morais do que nós, mas, é claro, sentem-se terrivelmente desconfortáveis. Talvez prefiram continuar desconfortáveis a serem “curados”. A sanidade implica conciliação. Isso é o que eles sentem como pernicioso. O intercurso extraconjugal, para eles, não tem importância em comparação com a traição do eu. (WINNICOTT, 1966/2005, p. 125).

Na visão winnicottiana, as pessoas mentalmente sãs relacionam-se com o mundo através do que ele chama de impostura. Se é que existe uma sanidade

eticamente respeitável (aponta o autor), é aquela que se estabeleceu muito cedo, nos primórdios da infância do indivíduo, quando a impostura não era significativa.

O bebê cria o objeto com que se relaciona, mas o objeto já existia, de modo que, num outro sentido, o bebê descobriu o objeto e depois o criou. Mas isso não é suficiente. Toda criança precisa ser capaz de criar o mundo (a técnica adaptativa da mãe faz com que isso seja sentido como um fato), caso contrário o mundo não tem significado. Todo bebê precisa ter suficiente experiência de onipotência para tornar-se capaz de ceder a onipotência à realidade externa ou a um princípio-Deus. (WINNICOTT, 1966/2005, p. 125).

Continuando, Winnicott aponta que o único comer real tem como base não comer. É a partir de não ser criativo, de estar isolado, que a criação de objetos e do mundo passa a ter um significado, que o prazer da companhia só pode existir como um desenvolvimento a partir do isolamento essencial, o isolamento que reaparece quando o indivíduo morre. Winnicott faz um tremendo elogio e, ao mesmo tempo, mostra a luta e sofrimentos desse grupo de pessoas. Para ele,

Há pessoas que passam toda a vida não sendo, num esforço desesperado para encontrar uma base para ser. Para as pessoas esquizoides (sinto-me humilde na presença delas, embora consuma muito tempo e energia tentando curá-las, porque se sentem tão desconfortáveis) pernicioso significa qualquer coisa falsa, como o fato de estar vivo por condescendência. (WINNICOTT, 1966/2005, p. 126).

Esse aspecto, nesse grupo de pacientes esquizoides, descrito por Winnicott, é um fator interessante no desenvolvimento do nosso trabalho. Esses pacientes exigem de nós uma presença sempre viva e verdadeira, uma vez que são muito sensíveis, especialmente quando se relaciona a qualquer atitude do profissional, que mostre falsidade, falta de envolvimento ou invasão, por meio de interpretações (muitas vezes elucubradas) sentidas por eles como invasivas. Minha sensação é a de que, na maioria dos casos, de fato essas pessoas não buscam serem *curadas* e sim, devido ao fato de sentirem-se profundamente insatisfeitas consigo mesmas, buscam (através de nós) ao menos um mínimo (seguro) de contato, a fim de “[...] evitar o desperdício de suas vidas irrevogavelmente fora de contato com os fatos da vida” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 98). Parece-me que ser curado já é algo um tanto quanto pernicioso para eles.

São pacientes que buscam um pouco de contato conosco (tenho a impressão de que não muito). Ao menos na minha experiência, esses pacientes parecem um

pouco (usando uma imagem) aquelas figuras que perambulam pelo mundo, estrangeiros, forasteiros, que de tempos em tempos, entre uma viagem e outra, fazem algumas paradas estratégicas, a fim de descansarem um pouco, alimentarem-se e, muito logo, partirem novamente. Levando-se em conta, no caso dos esquizoides, não é no mundo externo que perambulam, mas no seu próprio mundo subjetivo.

No meu entender, esse grupo específico alude à existência daqueles que, como descreve Winnicott (1967/1989), perderam a âncora, em relação à tendência ao desenvolvimento emocional saudável, e cujas defesas são rigidamente organizadas, sendo a própria rigidez uma garantia contra movimentos posteriores. Não se pode estender a conotação *saúde* a esse estado de coisas. A esse grupo, continua o autor, pertencem aqueles que sofreram experiências traumáticas quando bebês e que necessitam carregar consigo, perpetuamente, as lembranças (ou material para as lembranças) do estado em que se encontravam no momento do desastre, “[...] candidatas a levar vidas tempestuosas e tensas e talvez candidatas à doença”. (WINNICOTT, 1967/1989, p. 25).

Em seu belíssimo texto *A criatividade e suas origens* (1971/1975), Winnicott observa que, em casos extremos, o indivíduo alucina, seja em certos momentos específicos, seja de maneira generalizada. Existem todos os tipos de expressão para designar esse estado (*tresloucado, ausente, cabeça no ar, irreal*).

Psiquiatricamente, referimo-nos a tais pacientes como esquizoides. Sabemos que eles, como pessoas, podem possuir valor numa comunidade e mesmo atingir um certo grau de felicidade, mas percebemos a existência de certas desvantagens que os afetam, o que se torna verdadeiro também para aqueles com quem convivem. Sua percepção subjetiva do mundo pode levá-los facilmente a certas ilusões ou a aceitação de um sistema delirante em determinadas áreas, ainda que possam estar firmemente baseados na maioria das áreas; ou, ainda, mal estruturados com respeito à parceria psicossomática, tornando-se incapazes de uma boa coordenação. (WINNICOTT, 1971/1975, p. 96).

Tendo apresentado a etiologia e os tipos de funcionamento esquizoide, passo agora à tentativa de elucidar essas questões apresentadas a partir dois casos clínicos do próprio autor.

6 CAPÍTULO 4 – EXEMPLOS CLÍNICOS DE WINNICOTT E A QUESTÃO DO MANEJO COM OS PACIENTES ESQUIZOIDES

Nesta presente parte do trabalho, examinarei alguns aspectos que me parecem relevantes da contribuição de Winnicott acerca da temática esquizoide, especialmente no que concerne às falhas ambientais que estão, na visão winnicottiana, na origem desse quadro psicopatológico, e o farei a partir de dois casos clínicos de Winnicott: o caso B. e o caso de uma paciente esquizoide, descrito por Winnicott na segunda parte do artigo *Ausência e Presença de um sentimento de culpa, ilustradas em duas pacientes* (1966), do livro *Explorações psicanalíticas*.

Estes dois casos tem a vantagem de oferecer ilustrações acerca do funcionamento esquizoide e também (especialmente no caso B.) sobre as falhas ambientais por meio das dificuldades do paciente tal como se manifestaram na análise.

6.1 O CASO B.

O caso B. é um exemplo de caso misto, uma vez que se encontram tanto falhas maternas quanto paternas. No caso de B., as falhas da mãe o atingiram diretamente (por se tratar do estágio inicial de seu desenvolvimento emocional) e causaram, no entender de Winnicott, um distúrbio específico, descrito pelo autor ora como um caso de *esquizoidia* (descrição de Winnicott referente à época em que B. reiniciou sua análise, estando ainda internado num hospital psiquiátrico) e ora como caso de um paciente *esquizoide-depressivo*.

As falhas paternas também aparecem (apenas de forma indireta) no período inicial da vida de B., agravando o que já se apresentava em sua vida como falhas maternas. Há exemplos de falhas do pai que ocorreram num período mais tardio de seu processo de desenvolvimento emocional, quando a presença do pai (caso satisfatória) poderia não só ter amenizado as falhas da mãe como também ter fornecido a B. os cuidados e a potência que a relação com um pai provê. As falhas cometidas pelo pai, específicas desse período, atingiram B. diretamente e causaram distúrbios específicos, a meu ver, e o que melhor quero destacar em função da presente pesquisa são os sintomas tipicamente depressivos apresentados por B.

O relato feito por Winnicott do processo analítico de B. mostra como o analista lidou com esse paciente, desde a sua perspectiva teórica, tendo em vista que o estado clínico de B. apontava para uma cisão, por conta das falhas ambientais, num período muito inicial de seu desenvolvimento. Durante o tratamento, B. pôde ir se integrando (por meio da regressão à dependência) e estabelecendo outro tipo de relacionamento, seja com o analista seja com a realidade compartilhada. Também pôde, aos poucos, ir se apropriando de sua instintualidade, uma vez que B. não havia realizado, de forma satisfatória, as conquistas relativas ao concernimento. Acompanhando este relato clínico de Winnicott, vê-se que B. pôde paulatinamente ir integrando sua instintualidade, chegando inclusive a fazer experiências pessoais, excitadas e espontâneas, tendo podido ingressar na problemática edípica. Foi com Winnicott, ocupando o lugar de mãe e pai, que B. teve a experiência e o sentimento advindos do verdadeiro *self*, de se tornar um *humano* e também de experienciar sentimentos relacionados aos conflitos edípicos, antes não possibilitados por conta das falhas do pai.

Destaco que a utilização que fiz do caso foi a de destacar alguns fragmentos clínicos que dão subsídio à discussão das falhas maternas e paternas, assim como pontos teóricos correlatos à temática esquizoide. Esclareço que não me ative à cronologia das sessões, pois a preocupação maior foi a de reunir as temáticas que me interessavam, e que iam e voltavam durante a análise.

No intuito de tornar mais clara essa exposição acerca dos casos, este será dividido basicamente em três partes: discorrendo acerca do histórico da análise de B. com Winnicott, do relacionamento inicial de B. com a mãe (central no que diz respeito à temática esquizoide) e do relacionamento de B. com o pai, uma vez que esse tem uma parcela significativa, por conta de suas falhas, nos sintomas depressivos apresentados por B.

6.1.1 Histórico da análise de B.

B. fez dois períodos de análise com Winnicott. O primeiro, quando ele tinha 19 anos e que durou aproximadamente dois anos. Ele veio até Winnicott (nesse período) num estado de depressão, confusão e irrealidade.

Neste período, a análise girou em torno do medo e imensa ansiedade que lhe surgia ante a possibilidade de completar qualquer tarefa, inclusive a análise, fazendo desta uma experiência completa. No entender de Winnicott, esse medo e ansiedade advinha das experiências iniciais de amamentação, cujas falhas ambientais (mais especificamente da mãe) levará à aniquilação do objeto subjetivo e do próprio impulso pessoal. Parece-me que a experiência de amamentação se restringia, pura e simplesmente, à satisfação instintual, uma vez que a mãe desaparecia após satisfazer a fome de seu bebê, deixando de estar presente nos momentos posteriores (e de suma importância) onde são lançadas as bases de uma experiência de comunicação e de mutualidade, que dão sentido pessoal à experiência instintual e possibilitam a sua integração.

Existem poucos dados sobre essa primeira análise. Vale ressaltar alguns: o primeiro refere-se à demonstração de esperança do paciente desde quando chegou para análise (encaminhado por sua mãe, que também estava iniciando seu processo de análise) e rapidamente o analista tornou-se objeto subjetivo para ele. Um segundo dado refere-se a uma forte dissociação na personalidade de B., fazendo com que houvesse muito pouca relação entre ele na análise e no mundo externo. Esse aspecto foi sendo atenuado no desenrolar da análise e B. começou a relacionar o analista a fenômenos externos e a trazer assuntos do seu dia a dia para as associações. Em casa, B. começou uma nova relação com a mãe, baseada na observação do *self* real dela.

Esses dois aspectos apontados por Winnicott, acerca desse primeiro período de análise, são de crucial e fundamental importância para o entendimento teórico e clínico de Winnicott no que concerne à esquizoidia. Especialmente no que concerne ao uso e/ou eixo defensivo utilizado pelo paciente, onde sua vida transcorre quase que exclusivamente em seu mundo subjetivo.

Na apreciação de Winnicott, a análise de B. se estabeleceu sem grandes complicações e com um desenvolvimento próprio, apesar de grandes interrupções causadas pela evacuação da universidade em que o paciente estudava. Mesmo com essas interrupções, Winnicott (1972/2001, p. 10) aponta que B. sempre “[...] agiu como se soubesse que precisava de ajuda e acreditasse que poderia obter ajuda”. O final dessa primeira análise de B. se deu quando ele encontrou um trabalho em uma firma de engenharia. Winnicott (1972/2001, p. 254) aponta que B. “[...] havia se recuperado

cl clinicamente de uma perturbação aguda de adolescência sem, no entanto, conseguir um insight”.

Winnicott (1971/2001, p. 12) ainda aponta que:

O paciente auto-satisfeito, autocentrado, preguiçoso, barbudo, que usava vestimentas estranhas, transformou-se num homem que queria trabalhar e que por fim conseguiu e manteve um trabalho de responsabilidade numa fábrica durante a guerra. Além disso, a situação edipiana, previamente irreal para ele, e que nunca havia sido capaz de trazer para a análise, agora tornava-se real para ele da maneira clássica.

Um bom tempo se passou, mais especificamente treze anos, quando B. reiniciou o segundo período de sua análise com Winnicott. Nesse intervalo, ele esteve na guerra, abandonou a engenharia e formou-se médico. Esse segundo período da análise durou cerca de dois anos. B. já havia se casado, tivera um filho e muito em breve teria outro.

Esse período da análise de B. é muito significativo, especialmente no que concerne à presente proposta de pesquisa. A começar pelo fato de que B. havia entrado em colapso ao ser chamado para assumir um cargo de responsabilidade no hospital em que trabalhava, “[...] passou a se sentir irreal e perdeu a pouca capacidade que tinha para ser espontâneo” (WINNICOTT, 1972/2001, p. 254). Nota-se, nesse caso específico, que o próprio paciente havia se internado num hospital psiquiátrico e foi nessa condição (de interno) que ele retomou sua análise. Winnicott (1972/2001, p. 28) destaca que ele foi admitido nessa instituição “[...] por causa de sentimentos de irrealidade e de uma incapacidade geral de lidar com o trabalho e a vida”.

Winnicott (1971/2001) relata que, nessa época, ele não tinha nenhuma consciência de que estava procurando o antigo analista e, inclusive, sentia-se incapaz de procurar a análise. No entanto, esse dado ficou claro posteriormente e que era exatamente isso que ele estava fazendo e nada mais teria qualquer valor.

Depois de um mês, no novo período de análise, B. já era capaz de reassumir o trabalho como funcionário de um hospital.

Na descrição de Winnicott sobre essa época, B. era um caso de *esquizoidia*. Referente ao diagnóstico deste período (esquizoidia), observamos que ela difere de outros momentos ou do próprio diagnóstico do caso B. acerca do processo de tratamento do caso, onde em alguns momentos aponta o diagnóstico do paciente como um esquizoide-depressivo. Penso que esse fato se dá levando-se em

consideração os cuidados recebidos pelo paciente na análise, podendo amadurecer, devido à provisão ambiental (*holding*) proporcionada por Winnicott.

No contexto em que chega para a análise, B. apresentava como queixa questões muito peculiares a um esquizoide, como o fato de “[...] não conseguir falar livremente e nem sequer conversas informais, que não tinha imaginação ou capacidade para jogos, e que não conseguia fazer um gesto espontâneo nem ficar excitado” (WINNICOTT, 1972/2001, p. 28).

No início, ele vinha para análise e seu discurso era estudado e retórico. Gradualmente, ficou claro que ele estava ouvindo conversas que ocorriam internamente e inclusive relatava partes dessas conversas que achava que pudessem interessar ao analista. Depois de um tempo, ele trouxe a si mesmo para a análise e passou a falar de si como um pai ou uma mãe que houvesse trazido o filho até Winnicott. Nessas fases iniciais (que duraram seis meses), Winnicott conta que não teve nenhuma chance de ter uma conversa direta com a criança (ele mesmo).

A evolução desse estágio da análise é descrita no artigo *Retraimento e regressão*, datado de 1954. Neste artigo, Winnicott destaca que, através de um caminho muito especial, a análise mudou de qualidade, de forma que ele (B.) percebeu que Winnicott se tornou capaz de entrar em contato direto com a criança, que era o paciente. Houve um final bastante definido para esta fase, “[...] e o próprio paciente disse que agora ele mesmo vinha para o tratamento e que pela primeira vez ele sentia esperança. Mais do que nunca ele estava consciente de ser inexcitável e de não ter espontaneidade” (WINNICOTT, 1972/2001, p. 29).

O relato dessa fase abrange o período final dos dezesseis primeiros meses desse segundo período de análise, dos quais Winnicott relacionou seis episódios, como dito anteriormente, descritos no artigo *Retraimento e regressão*.

Vale destacar que nesses episódios encontra-se uma gama de exemplos de como os estados de retraimento (muito comum nos pacientes esquizoides), vivenciados pelo paciente, são transformados em regressão. Observamos, ao acompanhar esses episódios, que B. pôde se entregar aos cuidados do analista e abandonar uma autossustentação artificial, utilizada como uma defesa primitiva, que tem sua origem na necessidade do paciente de reagir a um ambiente invasivo.

O abandono dessa defesa só pôde se dar pelo reconhecimento da necessidade de dependência e sustentação oferecida pelo analista durante todo o processo analítico de B. até aquele momento.

Winnicott conclui esse precioso artigo sintetizando sua compreensão acerca da importância clínica da regressão no tratamento de pacientes que, por algum motivo, tiveram uma falha na provisão ambiental, ocorrida no início da vida e que, por essa razão, encontram-se retraídos do viver. Diz Winnicott (1972/2001, p. 261):

O intuito desta comunicação é demonstrar que, se tomarmos conhecimento da regressão na sessão analítica, podemos ir ao encontro dela imediatamente e, desta forma, permitir que certos pacientes, que não estão doentes demais, façam regressões em fases curtas, talvez até momentaneamente. Eu diria que no estado retraído, o paciente está sustentando o self e que, se o analista consegue sustentar o paciente tão logo se manifeste o retraimento, então, o que de outro modo teria sido um estado retraído torna-se uma regressão. A vantagem de uma regressão é que ela traz consigo a oportunidade de correção de uma adaptação inadequada presente na história passada do paciente, isto é, não se pode tirar proveito do estado de retraimento, pois, ao se recuperar de tal estado, o paciente não apresenta nenhuma modificação.

Os últimos seis meses do segundo período de análise, inclusive o fato e/ou momento em que B. abandona o tratamento, foram descritos por Winnicott com o título de *Fragmento de uma análise*, no livro *Holding e Interpretação*. No que concerne à descrição desse período, B. já havia alcançado a possibilidade de uma existência a partir de seu *self* verdadeiro e de adquirir uma maior integração instintual. Nessas descrições, vemos inclusive que B. pôde começar pela primeira vez, e de modo pessoal, a lidar com relações triangulares.

Nesse sentido, passo neste momento a apresentar algumas questões e/ou aspectos relevantes da relação inicial de B. com sua mãe, que elucidam a compreensão de Winnicott acerca da etiologia e funcionamento esquizoide.

6.1.2 A relação inicial de B. com a mãe

Tendo se passado oito anos após o período da primeira análise, a mãe de B. veio ao encontro de Winnicott para uma entrevista. Esta se deu pelo fato de Winnicott escrever para ela, no intuito de ter notícias de B. Nesta entrevista, Winnicott

(1972/2001, p. 13) obteve as seguintes informações, que julgo muito relevantes e cruciais no que concerne ao adoecimento de B.:

A Sra. X veio me ver a meu pedido. Foi de bom grado que aceitou o convite e me trouxe notícias da família. Foi interessante notar que ela modificou bastante a descrição que fizera da vida familiar de B. Desde então, a Sra. X havia feito uma longa análise e agora falava de si como tendo estado muito doente. Na primeira entrevista comigo, ela havia dito que, se alguma criança tivera uma infância perfeita, essa criança era B. Foi durante a sua própria análise que ela descobriu que sua perfeição enquanto mãe tinha uma qualidade sintomática. Ela simplesmente tinha de ser perfeita, e isso não lhe permitia nenhuma flexibilidade e derivava de uma grande ansiedade sua. Essa inesperada informação confirma totalmente a conclusão principal tirada da análise de B., já que o que descobrimos inesperadamente ao reviver as experiências iniciais de amamentação foi que ele se sentia completamente aniquilado ao final de cada mamada e, por essa razão, tornou-se incapaz de se permitir viver qualquer experiência de alimentação.

Nesse trecho tão significativo em referência ao caso, vemos que, ao reconhecer que sua necessidade de ser perfeita nesse período inicial da vida de B. tinha uma *qualidade sintomática*, aponta-nos um melhor entendimento do modo como se estabeleceu o relacionamento mãe-bebê nesse caso específico. Sendo a necessidade de perfeição originada na ansiedade pessoal da mãe, isso não tinha a ver com a necessidade do bebê (B.) e, assim prosseguindo, os cuidados oferecidos a B. não puderam surgir como uma resposta de algo que partisse do gesto ou impulso do bebê, em seu próprio ritmo e tempo. Exatamente por isso que a *qualidade* dos cuidados oferecidos pela mãe de B. é sintomática, uma vez que mostra a incapacidade de se identificar com o filho. Seu movimento e/ou busca de um *cuidado perfeito* impedia qualquer espontaneidade de B. O que era sentido pelo bebê era um padrão estabelecido de falhas, justamente por não ter sido guiada pela identificação com o bebê e sim com a necessidade dela de perfeição.

Vale notar (ao que me parece) que a mãe de B. conseguia, por alguns instantes, oferecer o seio em momentos propícios, de acordo com o impulso de B., porém, devido a sua extrema ansiedade e necessidade de perfeição, o seio era bruscamente retirado, sem que B. tivesse completado essa experiência. Nesse aspecto, vemos que foi ainda possível que ele constituísse um *self* (ainda que muito incipiente) e, com o intuito de se proteger, sua única alternativa foi fazer uso de mecanismos de defesa muito primitivos.

Notamos, nessa relação em especial, que a mãe de B., não podendo se adaptar às suas necessidades, impediu que B. pudesse viver a experiência de ilusão de onipotência. A ilusão de onipotência torna-se a base da crença e/ou capacidade de acreditar que o mundo é encontrável e confiável, mais ainda, de que em algum lugar possa existir algo que faça sentido, que faça valer a pena. Sendo assim, não restava outra alternativa a B. que não fosse se submeter, num período ou momento em que, devido a sua imaturidade, era crucial que B. se relacionasse com a mãe apenas como um objeto subjetivo para ele. Sobre esse aspecto, Rosa (2011, p. 166) argumenta:

Somente tendo a mãe como objeto subjetivo é que o bebê tem condições de viver uma experiência genuína de ser, de ser como identidade, na qual o bebê=seio. Primeiro o bebê precisa “ser”, e continuar a ser, para depois “fazer” – isto é, ter experiências que estão, sobretudo, apoiadas na instintualidade e na capacidade de relacionar-se com objetos objetivamente percebidos na realidade exterior. O bebê alcança o “fazer”, na saúde, depois de ter podido ser ele mesmo e, somente a partir disso, passa a ter condições de se relacionar com uma mãe que faz.

Nesse caso específico, notamos que a mãe de B. o colocou num grande dilema: ou ele ficava com sua excitação e espontaneidade – nesse caso, não se adaptando ao padrão sintomático da mãe, ficaria à mercê de sua excitação – ou se submetia a este último e abdicava de suas necessidades pessoais.

Tendo se submetido, B. perdeu contato com sua impulsividade pessoal e todo e qualquer gesto espontâneo/pessoal passou a significar perigo, pois era sempre sentido por ele como uma invasão. O que restou a B. foi proteger algo de seu *self* (ainda muito incipiente) contra as exigências da mãe perfeita, porém essa proteção foi *garantida* por meio de uma cisão.

O que observamos é que B. (devido a essa cisão) tornou-se uma pessoa que se relacionava com o mundo externo apenas de uma forma reativa, superficial. Em relação a seu *self* verdadeiro, ele tinha apenas uma postura protetora, nunca conseguindo alcançá-lo e nem viver a partir dele.

Outra decorrência deste comportamento doentio da mãe, e/ou impossibilidade de estabelecer uma comunicação genuína com o filho, é que sua experiência de amamentação ficava restrita somente à satisfação da necessidade instintual. Uma vez *satisfeita* essa necessidade, a mãe perfeita subitamente desaparecia. B. perdia o contato da mãe de quem dependia, como objeto e como ambiente para ele nessa fase. O contato da mãe de B. era insuficiente, do ponto de vista do bebê, uma vez que

a satisfação e a experiência completa não eram favorecidas, provocando como consequência a aniquilação do objeto e também da pequena parte do *self* de B., impedindo que ele viesse a existir de forma *integrada*.

Dessa forma, no desenrolar da vida, B. passou a se defender contra qualquer experiência de satisfação completa, para evitar de se sentir aniquilado. O resultado dessa defesa é a consequente frustração experimentada por B. e um padrão bastante rígido de fuga de tudo aquilo que pudesse significar uma experiência completa, uma vez que esse movimento parecia ser (do ponto de vista de B.) menos perigoso do que ser aniquilado.

Penso que essa seja também uma das razões do aspecto depressivo de B. que, nesse caso, percebe-se em uma profunda desesperança. Numa das sessões com Winnicott (com o tratamento já nos meses finais), aparece a seguinte expressão de B. em referência a seu passado:

Eu agora posso vislumbrar um futuro. No passado eu me sentia como se tivesse dificuldades insolúveis no presente e nenhuma perspectiva para o futuro. Eu não tinha nenhuma esperança de algum dia levar uma vida normal. Minha depressão estava relacionada com a procura de dependência. Seria possível dizer que, na dependência e, portanto, na depressão, eu estava reclamando um direito inato. (WINNICOTT, 1972/2001, p. 38).

Vale ressaltar que esse tipo de depressão vivenciada por B. está muito mais associado à despersonalização e sentimentos de irrealidade. Dito de outro modo, essa depressão era de um tipo psicótica, uma vez que a mesma se origina de uma etapa anterior àquela relativa ao estágio do concernimento. Nesses casos, a depressão também está associada a uma ideia de perda (comum nos depressivos, propriamente ditos), porém a perda aqui referida é de uma espécie mais obscura do que nos casos de depressão (reação depressiva), uma vez que essas se originam em uma data anterior no desenvolvimento do indivíduo. Por exemplo, a perda pode ser de certos aspectos da boca, que desapareceram, do ponto de vista do bebê, junto com a mãe e o seio, quando há uma separação em uma data anterior àquela na qual o bebê alcançou um estágio de desenvolvimento emocional que propicia a ele o equipamento para lidar com a perda. A mesma perda, da mãe, alguns meses mais tarde poderia ser uma perda de objeto, sem este elemento adicional, da perda da parte do sujeito. O seio que desaparecia, em uma época em que B. era ainda muito imaturo, levou-o, como uma de suas consequências, a sempre estabelecer certa distância nos contatos

mais íntimos. Dentre outras maneiras de lidar com isso na análise, B. nunca se referia a Winnicott pelo seu nome pessoal, preferindo usar um título genérico. Winnicott (1972/2001, p. 93) explicita o perigo que estava sendo afastado com essa manobra: “Vou colocar da seguinte forma: se você perde o seio, corre o risco de também perder a boca, a menos que mantenha a boca livre de contato íntimo com o seio”.

Apesar de grave, a depressão experimentada por B. carrega em si um valor positivo, uma vez que indica um caminho para a saúde. O inverso seria um uso em demasiado do tipo de defesa falso *self* cindido, sempre alegre, bem-sucedido, adaptado e sempre fugindo para a sanidade. Não é esse o caso de B., uma vez que ele mesmo se reconhece e percebe-se muito doente e inclusive faz o movimento (muito corajoso por sinal) de buscar ajuda, internando-se num hospital psiquiátrico, sendo ele um médico. Os sintomas depressivos de B. também se devem a falhas no relacionamento com seu pai. Estas serão descritas mais à frente.

Outro ponto que vejo como relevante em relação ao fracasso inicial, no caso B., refere-se à frustração sentida por B. referente à sustentação necessária para que ele pudesse experienciar a alternância entre os estados excitados e tranquilos. Nesse período inicial da vida, é imprescindível que o bebê possa ter tanto experiências excitadas (cujo impulso instintual encontra o objeto) quanto tranquilas (que permite o retorno ao estado de não integração, de descanso).

Essas vivências possibilitam uma experiência de continuidade do bebê, que nessa fase significa a crença no ambiente e nos processos internos que conduzem a integração numa unidade. Devido ao fracasso da mãe nessa tarefa tão importante, restou a B. somente um conjunto de reações às invasões do ambiente. Devido ao padrão rígido/perfeccionista da mãe, B. não pôde viver a experiência das mamadas em seu próprio ritmo e tempo, pois sua mãe se limitava a oferecer o seio tão somente ao seu modo, padrão, cronometrado; quando *sentia* (do seu ponto de vista) que B. já estava saciado, retirava o seio bruscamente e desaparecia.

Esse padrão rígido da mãe de B. aponta para o fracasso em sua tarefa de apresentação dos objetos. Levando-se em consideração que, no início, o bebê não tem ainda constituído o sentido de externalidade, nem qualquer sentido de realidade, o único que lhe é possível é o da realidade subjetiva. Somente com o estabelecimento da realidade subjetiva o bebê pode caminhar rumo a conquistas graduais próprias do

desenvolvimento emocional; para isso, a mãe deve funcionar como uma *ponte* entre o mundo subjetivo e o mundo objetivamente percebido.

No caso de B., o objeto surgia não a partir de seu gesto/impulso, e sim a partir da mãe. Era ela que determinava, impedindo a ele o conhecimento de seu próprio ritmo, tempo e necessidades pessoais. Como consequência, toda a dificuldade (adoecimento) de B. em se relacionar com o mundo ou realidade externa/compartilhada. Ao acompanhar o relato clínico desse caso, vemos que essa dificuldade de B. (e dos pacientes esquizoides em geral) é central. Ele não consegue se relacionar, ser espontâneo. Resta-lhe uma vida muito empobrecida, vivida quase que exclusivamente em seu mundo subjetivo. Sentia grande dificuldade para ir em direção ao futuro, fazer escolhas, tomar decisões. Chega a relatar: “[...] o problema no hospital, quando fiquei doente, foi, em parte, porque eu não sabia o que fazer no momento seguinte” (WINNICOTT, 1972/2001, p. 125).

Muitos aspectos que se referem às falhas maternas, provenientes da fase inicial da vida de B., foram tratados dentro do *setting* analítico, num contato efetivo e dual que ele teve com Winnicott. Todo o processo de desenvolvimento e/ou amadurecimento proporcionado pela análise, nesse período, permitiu que B. começasse a ter experiências pessoais, uma maior integração, e sua excitação, ainda que com uma boa dose de receio, era sentida por ele como própria e relacionada a situações atuais de sua vida. B., numa das sessões, chega a dizer para Winnicott:

[...] eu não conseguia compreender como alguém podia ficar excitado e não me sentia competente. Agora, por causa do progresso que parece estar sendo mantido aqui, no tratamento, já posso deixar as coisas acontecerem. (WINNICOTT, 1972/2001, p. 36).

6.1.3 O relacionamento de B. com o pai

Muitas das dificuldades de B. advieram também de falhas paternas, especialmente no que se refere à integração dos seus impulsos amorosos e depressivos. Estes não puderam ser apropriados por B. Devido a isso, surgiam para ele sempre como forças perigosas, gerando inibição de seus instintos e, conseqüentemente, sintomas depressivos. B. se viu diante de um pai (assim como a mãe) que não forneceu as condições para a apropriação de sua impulsividade, uma vez que este nunca estabeleceu uma relação pessoal, íntima com o filho e não se

colocou como obstáculo na relação do menino com a mãe; não lhe fazia frente como um rival e, para piorar, era sarcástico e sempre debochava do filho.

Esses comportamentos do pai trouxeram muitas dificuldades e se manifestaram em sua vida de várias formas: B. era um homem de 30 anos, médico, casado e pai de dois filhos e a esposa não aceitava sua necessidade de dependência. Ela tinha um amante, fato sabido por ele. No transcorrer da análise, ele também iniciou um relacionamento extraconjugal. Interessante notar que B. não rivalizava, não sentia amor e nem ódio verdadeiro, ciúmes. Mantinha, segundo o relato, sua potência sexual, porém, essa carecia de qualquer manifestação de afeto. B. não conseguia fazer amizades (no dia de seu casamento não tinha sequer um amigo para ser seu padrinho, tendo a esposa que colocar um de seus parentes), não podia aguentar perdas e muito menos competir com quem quer que fosse. Nenhuma dessas vivências e/ou experiências eram sentidas por ele como reais. É notável (e Winnicott aponta isso para ele em algumas sessões) que, ao invés de competir, arriscar-se, lutar etc., o sentimento que prevalecia sobre ele e o preocupava era o de ser abandonado.

É muito visível a falta de comunicação entre eles, e Winnicott sustentava isso como um fato real para o paciente. Numa das sessões, Winnicott (1972/2001, p. 165) diz para ele:

A dificuldade é que você não consegue pensar no seu pai entrando no seu mundo ou mesmo respaldando esse mundo. [B. responde:] A minha crítica ao meu pai é válida. Ele nunca conseguiu entrar no mundo de quem quer que fosse. As pessoas simplesmente tinham que entrar no mundo dele.

Parece-me que grande parte da depressão sentida por B. estava relacionada à desesperança em relação a uma comunicação genuína e/ou verdadeira (seja com a mãe, seja com o pai) e o isolamento defensivo que daí resultou como forma de mantê-lo protegido de novas decepções com relação à ausência de uma comunicação profunda. O pai deu continuidade à falha inicial da mãe; dessa forma, a falha original foi incrementada na relação com o pai, e B. perdeu a oportunidade de uma correção da experiência inicial que levou ao congelamento de seu processo de desenvolvimento emocional.

Esse estado foi se alterando no decorrer da análise à medida que B. foi superando essas primeiras dificuldades e adentrando na problemática do estágio do concernimento. Uma das funções do analista (em relação ao estágio do

concernimento) é a de proporcionar ao paciente, “[...] na análise, o holding de uma situação no tempo, de forma que os fenômenos de dependência pudessem ser testados em relação aos momentos e ideias instintivas” (WINNICOTT, 1972/2001, p. 39).

Era de suma importância que Winnicott pudesse estar presente, na análise, na função de pai que protege a mãe e o próprio paciente de sua destrutividade, permitindo, paralelamente a isso, que a vivência excitada pudesse ocorrer sem o risco da destruição total.

B. não pôde viver isso com o pai, uma vez que esse não era confiável. Na fase em que B. entrou em contato com o pai, como terceira pessoa, ele precisaria que o apoio paterno estivesse garantido e precisaria igualmente que o pai pudesse ter-lhe feito oposição, que, nesse caso, significa alguém que dá contornos e assim cria uma cobertura que protege a criança de sua própria agressividade. Numa das sessões, B. percebe as implicações de um pai que cumprisse sua função em sua vida: “Se nunca experimentei a proibição de meu pai, tive que encontrá-la em mim” (WINNICOTT, 1972/2001, p. 105). Como consequência, B. precisou fazer uso de uma forte inibição de seus impulsos, um autocontrole exacerbado e a perda da espontaneidade e da intimidade em relação à experiência agressiva.

O que busquei aqui foi elencar alguns pontos com o objetivo de melhor elucidar a discussão acerca da etiologia e funcionamento esquizoide. O caso de B., como se buscou explicitar, é um típico caso esquizoide, cujo tipo de funcionamento foi muito bem apontado por Winnicott (1970/1990, p. 129):

[...] consiste num relacionamento secreto e silencioso com um mundo interno essencialmente pessoal e íntimo de fenômenos subjetivos, e é exclusivamente este relacionamento que parece real. O outro é exercido a partir de um self falso e se estabelece para com o ambiente obscuramente percebido como exterior ou implantado. O primeiro tipo de relacionamento contém a espontaneidade e a riqueza, e o segundo é um relacionamento submisso, mantido com a intenção de ganhar tempo até o momento em que o primeiro talvez consiga, um dia, tomar posse.

Talvez seja uma certa ousadia da minha parte, mas tendo a pensar que essa preciosa e conhecida descrição (que consta do livro *Natureza Humana*) tenha sido inspirada e descrita por Winnicott a partir de sua experiência como analista de B., uma vez que esse paciente e o caso clínico em questão ocupou um lugar central nas discussões teóricas e clínicas do autor por muito tempo. Vale destacar que, mesmo

tendo passado muitos anos do término da análise de B. (Winnicott já em idade avançada), escreveu por iniciativa própria para ele, no intuito de ter notícias acerca de sua vida, família, profissão etc. Vale apresentar na íntegra (até como fechamento desta parte do trabalho) esse gesto tão bonito e humano de Winnicott para com o paciente. Transcrevo sua carta:

Você deve estar surpreso por receber minha carta: na verdade, você pode ter me esquecido. Mas o fato é que eu gostaria muito de saber de você, seu trabalho, sua família. Estou naquela idade em que se começa a olhar para trás e a divagar. Envio meus melhores votos. (WINNICOTT, 1972/2001, p. 16).

B. respondeu prontamente, enviando uma carta bastante longa, dando notícias de si, de sua família e contando a Winnicott sobre a triste morte de sua mãe, depois de uma longa e dolorosa doença. B. ia bem, tanto no trabalho quanto em sua vida. Winnicott (1972/2001, p. 16) respondeu:

Fiquei muito feliz com sua resposta a minha carta. Muito obrigado por ter-se dado ao trabalho de oferecer detalhes sobre tantas coisas. Sinto muito que sua mãe tenha tido uma morte tão desconfortável. Ela realmente era uma personalidade e tanto. Estou impressionado pela forma como você fez sua vida, em vez de uma eterna psicoterapia. Talvez isso seja a vida. (pode ser que algum dia eu lhe escreva novamente).

6.2 O CASO DE UMA MULHER ESQUIZOIDE

A fim de elucidar de forma mais ampla e clara a dinâmica dos pacientes esquizoides, gostaria de apresentar mais um caso clínico de Winnicott, que, ao meu ver, faz menções muito interessantes e ricas acerca dos esquizoides. Entendo, a partir das descrições de Winnicott, que esse caso, em específico, atende aquilo que aparece nos seus textos como esquizoides propriamente ditos, doentes esquizoides e/ou personalidade esquizoide. Infelizmente, esse caso, relatado por Winnicott na segunda parte de seu artigo *Ausência e Presença de um sentimento de culpa, ilustradas em duas pacientes* (1966), do livro *Explorações psicanalíticas*, não traz muitos dados acerca da história clínica da paciente, nem relatos das sessões etc. (como vimos no caso B.), mas evidencia algumas características próprias que se referem aos pacientes esquizoides e que foram apresentadas no decorrer da pesquisa.

Logo no início do relato clínico, Winnicott aponta que gostaria de examinar um tipo bastante diferente de paciente, bem como buscar um novo ponto de vista acerca do significado do senso de culpa, nesse caso, a vivência do sentimento de culpa nos esquizoides.

Em seguida, Winnicott aponta que essa paciente, uma mulher, provavelmente seria diagnosticada como potencialmente esquizofrênica. Aqui nos atentamos justamente para a descrição e lugar da esquizoidia na classificação dos distúrbios psíquicos, a saber: como uma patologia que se encontra nas fronteiras da esquizofrenia; aponta também para o fato de Winnicott descrever os esquizoides (num grau de doença elevado) como pacientes que apresentam muitas características dos esquizofrênicos.

Winnicott continua e aponta que, no curso do tratamento, ela é esquizoide em fases recorrentes, embora também se assemelhe a uma psiconeurótica, em boa parte do tempo. Nesse ponto, Winnicott (1966/1989, p. 131) aponta um adendo muito interessante:

Ela não gostaria que eu dissesse isto, porque valoriza a parte esquizoide de sua personalidade e despreza a psiconeurose. Entenderão que a psiconeurose acha-se muito próxima de coisas tais como ambivalência e conciliação e todas essas coisas que chamamos de sadias. A vida só é possível com base na conciliação. O método democrático é uma conciliação acordada, e o mesmo é socialização.

Acontece que, a parte esquizoide desta mulher a faz desprezar a *conciliação*, aponta Winnicott. Qualquer conciliação ou codependência é vista como *pernicioso*; nesta paciente, em especial, há um certo tipo de idealização que é essencial para o seu bem-estar. Um dos resultados disto, conforme o autor, é que a sua doença tende a permitir-lhe alcançar o que quer e ela é inteligente o bastante para fazer isto funcionar em grau espantoso. Se consegue o que quer, não há então conciliação, e ela pode dar-se ao luxo de esperar.

No que concerne ao senso de culpa, nessa mulher esquizoide (ou nos esquizoides em geral), aponta que este pode ser completamente esmagador, porém, nada tem a ver com a ideia que a sociedade faz do que é bom ou mal, inclusive, essa mulher abandonou sua religião (aponta Winnicott) porque, tal como se apresenta a ela, a igreja parecia-lhe fornecer um senso de valores que era arbitrário. E aqui um dado central de Winnicott acerca da doença esquizoide. Diz Winnicott (1966/1994, p.

131): “Onde se sente esmagada pela culpa é quando sente haver *traído a si própria*. Sente que preferiria ficar doente, o resto da vida, do que ficar bem se isso significasse aceitar a conciliação”. Isto a torna muito difícil, como pessoa, afirma Winnicott.

Num segundo momento do relato acerca dessa paciente, Winnicott aponta que, entre outras coisas, esta mulher teve consideráveis dificuldades sexuais, a começar pela convicção de que, se realmente amasse um homem, ele se afastaria dela. Gradativamente, com ajuda da análise, conseguiu ser capaz de permitir a um homem apaixonar-se por ela, e um homem de quem gosta muito. Houve uma longa série, relata Winnicott, a culminar por algo que poderia realmente, seria de pensar, transformar-se em um casamento. Tem inclusive havido algumas experiências sexuais entre essas duas pessoas. Como se pode imaginar com este tipo de caso, enfatiza Winnicott, não existe qualquer culpa associada a ter ou não ter sexo. Importante lembrarmos nesse ponto que estamos falando de pelo menos sessenta anos atrás, cuja temática do sexo antes do casamento era ainda bastante permeada de tabu. E aqui mais um adendo e/ou consideração importante de Winnicott (1966/1989, p. 131) acerca da esquizoidia:

A ocasião em que a paciente sentiu culpa de um tipo extremado foi quando houve apenas a possibilidade de que pudesse ficar grávida. A partir desse ponto, ela retirou sua condescendência sexual e gradualmente começou a organizar o rompimento do relacionamento.

Winnicott passa então a apresentar questões relacionadas aos sonhos da paciente. Seus sonhos demonstraram que, se viesse a ficar grávida, isto só poderia acontecer com alguém que ela ainda não encontrou e que é exatamente a pessoa certa. Tem sido uma luta, aponta o autor, para ela sequer encarar a possibilidade de que a pessoa certa nunca apareça. Winnicott passa, então, a fazer algumas considerações pessoais acerca dessa luta da paciente. Vale citar:

O fato é que a pessoa certa teria sido um homem do passado, nas circunstâncias ordinárias seu pai, alguém que apareceria em sua vida por causa do amor de sua mãe pelo seu homem. O homem certo apareceria em sua vida como uma compilação em um relacionamento básico com a mãe. (WINNICOTT, 1966/1994, p. 132).

A meu ver, Winnicott pensa um enquadre e/ou solução um tanto quanto *saudável*, edípico, nessas circunstâncias amorosas. Vale notar que essa não foi uma interpretação para a paciente, apenas um adendo de Winnicott ao texto.

Isso posto, Winnicott volta-se para a paciente novamente, mais especificamente o relacionamento da paciente com a sua mãe, que, no caso, era deficiente, bem como era bastante problemático o relacionamento entre os pais da paciente, além de um complicador adicional: o pai sempre quisera ter um menino e nunca tivera interesse por ela como menina, de modo algum.

Por todas as razões, portanto, pensa Winnicott, o homem certo não apareceu, de maneira que o que resta a esta mulher não é procurar um parceiro para casar, mas sim procurar alguém que perdeu o primeiro caso amoroso dentro da família. Ela pode não conseguir encontrar um homem que esteja primeiramente disposto a desempenhar o papel que lhe foi atribuído, sendo o homem certo, com o sexo sob um tabu, e, depois, capaz e disposto a gradualmente transformar-se e tornar-se um marido no decorrer do tempo.

Winnicott ainda reafirma que está fornecendo este caso como uma ilustração, do tipo de senso de culpa que é muito arrebatador e pertence à catástrofe da traição do eu, aspecto tão vital e visível nos esquizoides. Continua Winnicott (1966/1989, p. 132):

Comparados com ele, os ensinamentos moralistas parecem débeis. A variedade comum de moralista olharia para esta mulher e diria que ela é uma ladra, uma mentirosa e uma trapaceira, e que não tem senso de culpa a respeito do sexo extramarital.

Mais ainda, aponta Winnicott, não lhe ocorreria, a esta mulher esquizoide, que um homem em que estivesse interessada fosse casado. Revela-se, contudo, que todo o seu padrão de vida é determinado por um senso de valores absolutos que a capacitam a perceber, de um só olhar, se um quadro abstrato é verdadeiro ou falso.

Winnicott aponta que oferece esse exemplo, pois ele mesmo (se dando como exemplo) pode olhar para uma abstração e não saber como julgá-la, porque ela não toca em algo que particularmente lhe seja pertinente e aponta que, no caso desta paciente, não existe dúvida: o julgamento é imediato e acontece de corresponder de modo muito próximo ao juízo da norma ordinária da crítica artística, altamente sensível. Continua o autor com outro dado muito significativo da paciente.

Para esta paciente, uma linha falsa, em que um quadro abstrato é tão pior do que imoral que outra linguagem tem de ser escondida, para a sua descrição, ou a pintura tem de ser rejeitada. Por outro lado, uma abstração que soa verdadeira possui

imenso valor. Aqui, um apontamento interessantíssimo e rico de Winnicott (1966/1994, p. 132):

Justamente com isso, como se pode imaginar, esta paciente só pode começar a existir e se sentir real em um meio ambiente onde a arquitetura e todos os outros aspectos do meio ambiente não-humanos sejam de alto padrão.

Isto é muito espinhoso e difícil de encontrar, e alguns dos melhores tempos (aponta Winnicott) que sua paciente teve foram passados em um mosteiro, onde não havia nada feio. Winnicott conclui o relato clínico dessa paciente (mulher esquizoide) vislumbrando quais seriam, nesse caso (e podemos alargar para os demais casos esquizoides), os objetivos do tratamento ou amadurecimento do paciente.

Imagino que se ela ficar bem, será capaz de viver entre tudo o que é sórdido, como a maioria de nós tem de fazer, mas se pode ver que esta paciente não pode olhar para o futuro e dizer: - Quero ficar bem, exatamente por causa desta perda de coisas sagradas, em troca de algo que será feio, mal-ajambrado e sórdido. (WINNICOTT, 1966/1994, p. 132).

Ou seja, essa paciente não pode ficar bem, ter esperança no futuro, porque não é *permitido* a ela e ao grupo de pacientes (propriamente esquizoides) trair seu verdadeiro incipiente *self*, trocá-lo, ainda que brevemente, por algo percebido por eles como sórdido, feio, pernicioso, ou seja, o falso *self*.

6.3 SOBRE O MANEJO NO CASO DOS PACIENTES ESQUIZOIDES

Já foi dito, em certa altura, acerca do elogio de Winnicott aos pacientes esquizoides, no qual sentia-se humilde na presença deles, especialmente por não estarem vivos por condescendência, de acharem pernicioso qualquer coisa falsa. Acontece que, dentro desse mesmo elogio, Winnicott (1966/2005, p. 125) faz alusão aos aspectos não tão elogiáveis nesses casos, por exemplo: a tentativa de curá-los consumia-lhe muito tempo e energia (por que se sentiam profundamente desconfortáveis); e mais um complicador nesse processo, “[...] talvez preferiam continuar desconfortáveis a serem curados”.

De fato, ao aceitar analisar esses pacientes, o analista precisa ter ciência de que não será tarefa fácil. Uma imagem que poderia ser usada nesses casos é a de um navegante que, com o barco em alto mar, não tem em seu auxílio uma bússola,

devendo muitas vezes sobreviver nessas viagens tão somente por sua experiência e esperança. Penso que, nos dias de hoje, somos privilegiados por termos tido a oportunidade desses grandes homens e mulheres (desde Freud) terem aberto caminhos, nos deixando alguns mapas e/ou indicações. Tudo isso muito nos consola e dá coragem, uma vez que, iniciado o tratamento desses casos, ninguém pode achar-se livre de sofrimento, tanto do paciente quanto do analista.

Não é demasiado fácil, no tratamento dos pacientes esquizoides (aqui incluo os três modos de funcionamento esquizoide descritos no capítulo anterior, a saber: depressão esquizoide, fases esquizoides que surgem durante o tratamento e a doença esquizoide propriamente dita), tolerar seus sintomas e/ou modo defendido de existir. Segundo Winnicott (1971/1975, p. 128),

Na prática psicanalítica, as modificações positivas que se efetuam nessa área podem ser profundas. Tais modificações não dependem muito do trabalho interpretativo, mas da sobrevivência do analista aos ataques, especialmente quando se expressam em termos de delírio, ou através de uma manipulação que o induz a determinados procedimentos, tecnicamente infelizes. (Refiro-me a algo como não ser fidedigno em momentos em que a fidedignidade é tudo o que importa, bem como a sobrevivência em termos de manter-se vivo, e da ausência da qualidade de retaliação). (WINNICOTT, 1971/1975, p. 128).

De fato, não é fácil tolerar e sobreviver nos casos em que envolve a análise e/ou cuidado de aspectos primitivos ou psicóticos na personalidade desses pacientes. Talvez por isso, em vários momentos, Winnicott aconselhou e, mais ainda, via como legítima a seleção de casos para tratamento psicanalítico, permitindo que se evitasse o penoso confronto com alguns aspectos da natureza humana, os quais levariam o analista para além do alcance de seu equipamento teórico.

A seleção de casos implica em classificação. Winnicott (1954/2000) costumava dividir os casos em três categorias distintas. *Primeiro*, há os pacientes que funcionam em termos de pessoa inteira, cujas dificuldades localizam-se no reino dos relacionamentos interpessoais. A técnica para o tratamento desses pacientes faz parte da psicanálise desenvolvida por Freud.

Segundo, os pacientes nos quais a personalidade recém-começou a integrar-se e a tornar-se algo com o qual se pode contar. Pode-se dizer que a análise tem a ver com esses primeiros momentos vinculados – e imediata e inerentemente subsequentes. Não só a aquisição do status de unidade, mas também a junção do

amor e do ódio e o reconhecimento (incipiente) da dependência. Aqui se trata da análise do estágio do concernimento. Esses pacientes (aponta Winnicott) requerem uma análise do estado de espírito e a técnica para este tipo de trabalho não difere daquela adequada aos pacientes da primeira categoria. No entanto, surgem aqui novos problemas de manejo, devido ao espectro mais amplo do material abordado. Do ponto de vista aqui adotado, o elemento crucial é a sobrevivência do analista na condição de fator dinâmico.

No *terceiro* grupo, inclui todos aqueles pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, remota e imediatamente anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade, e anteriores à aquisição do status de unidade em termos de espaço-tempo. Evidente que é desses casos que tratamos nessa presente proposta de investigação, uma vez que os esquizoides não possuem ainda uma estrutura pessoal solidamente integrada. Sendo assim, a ênfase recai mais frequentemente sobre o manejo. Nesta categoria, o que está em voga é o desenvolvimento emocional primitivo, no qual é necessário que o analista (mãe) esteja segurando concretamente o paciente (bebê).

No tocante ao manejo desses casos, é capital a questão da *regressão*. A regressão é um tema que se fez presente no trabalho clínico de Winnicott desde a década de 1940. Para Winnicott, 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 da técnica básica. O que podemos fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um processo. Processo este que em cada paciente possui o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo. Essencial recordar que todos os aspectos que são inerentes e importantes nesse processo originam-se no paciente, e não em nós enquanto analistas.

É fundamental aqui esclarecer o que Winnicott entende por regressão, no contexto desse grupo de pacientes. Para ele,

[...] o termo regressão indica simplesmente o contrário de progresso. Esse progresso em si mesmo consiste na evolução do indivíduo, psicossoma, personalidade e mente, junto com (eventualmente) a formação do caráter e a socialização. O progresso tem início numa data certamente anterior ao nascimento. Há um impulso biológico por trás do progresso. Um dos postulados da psicanálise é o de que a saúde implica na continuidade desse progresso evolutivo da psique, e de que a saúde significa maturidade do desenvolvimento emocional

adequado à idade do indivíduo, sendo óbvio que tal maturidade refere-se a esse progresso evolutivo. (WINNICOTT, 1954/2000, p. 377).

Winnicott (1954/2000) observa que, olhando mais de perto, percebe-se imediatamente que não se pode existir uma simples reversão do progresso. Para que esse progresso seja revertido, é preciso que haja no indivíduo uma organização que possibilite o acontecimento de uma regressão. Dessa forma, encontramos:

- a) uma falha na adaptação por parte do ambiente, resultando no desenvolvimento de um falso *self*. Faço aqui uma ressalva: nos casos em que as defesas se organizaram de forma bastante rígida, dando margem à doença esquizoide (propriamente dita), percebe-se um uso menos acentuado deste tipo de defesa. Nesses casos, a meu ver, o indivíduo se defende fugindo de todo e qualquer contato com objetos e a viver (ainda que de forma bastante empobrecida) de seu pequeno vestígio de um *self*;
- b) uma crença numa possibilidade de correção da falha original, representada por uma capacidade latente de regredir, o que implica uma organização egoica complexa. No caso de doença esquizoide, essa crença fica também bastante reduzida;
- c) uma provisão ambiental especializada, seguida por uma regressão propriamente dita;
- d) um novo desenvolvimento emocional.

Para o autor, é de suma importância na teoria do desenvolvimento de um ser humano, a ideia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o *self* contra falhas ambientais específicas, através do *congelamento da situação de falha*. Ao mesmo tempo, há a concepção inconsciente (que pode transformar-se numa esperança consciente) de que em algum momento futuro haverá oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação de falha poderá ser descongelada e revivida, com o indivíduo num estado de regressão dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada. Na pessoa muito doente (nesse caso, o doente esquizoide),

[...] há muita pouca esperança de uma nova oportunidade. Num caso extremo o terapeuta teria que ir até o doente e proporcionar-lhe ativamente uma boa maternagem, experiência pela qual o paciente não poderia estar esperando. (WINNICOTT, 1954/2000, p. 378).

No que tange ao analista, cabe a ele o fornecimento de algo primordial: a *confiabilidade*, sem a qual fica inviabilizado qualquer possibilidade de progresso,

especialmente no que se refere aos esquizoides. O desafio do analista pode ser comparado com o das mães e seus bebês. Winnicott (1968/1999) afirma que podemos começar a aprender do que é que os pacientes esquizoides precisam de nós, em seu tipo especial de transferência, no decorrer de um tratamento. Segundo o autor, há um *feedback* (a partir dos pacientes esquizoides) em que podemos observar as mães e os bebês, vendo mais claramente o que ali se encontra. É a partir das mães e dos bebês que aprendemos sobre as necessidades dos pacientes psicóticos ou de pacientes que atravessam fases psicóticas. As necessidades dos bebês e dos pacientes esquizoides só podem ser atendidas em vista dos cuidados suficientemente bons e do estabelecimento de um padrão muito refinado de confiança.

É através do oferecimento de um ambiente confiável que o paciente terá a possibilidade de regredir e sentir o *self* de um modo novo, e o *self* (até aqui escondido/oculto) é entregue ao *self* total, permitindo um progresso e/ou amadurecimento a partir de onde o processo havia se interrompido, devido às falhas ambientais.

A partir de uma nova posição de força do ego, o paciente experimenta certa dose de *raiva*, relativa à situação antiga de falha, sentida agora no presente e explicitada, porém, com os devidos cuidados oferecidos pelo analista. Esse processo se repete inúmeras vezes no transcorrer do tratamento.

Em termos da prática do manejo, aponta Winnicott (1954/2000, p. 250),

[...] tenho certeza de que aqueles que cuidam de bebês (refiro-me às mães e às enfermeiras de berçário) podem ensinar algumas coisas àqueles que manejam regressões esquizoides e estados confusionais de pessoas de qualquer idade. A provisão de um ambiente estável e ainda assim pessoal, de afeto, de proteção contra o inesperado e o imprevisível, o fornecimento da comida de um modo confiável e nas horas certas (ou de acordo com os caprichos do paciente), estas coisas poderiam ajudar a enfermagem de estados esquizoides.

Aqui aparece um elemento central no que tange aos esquizoides: proteção contra o inesperado e imprevisível. Uma vez que a etiologia desses casos aponta para determinadas falhas ambientais, justamente de um ambiente caótico, o único eixo de sobrevivência e proteção ao *self* (incipiente) é proteger-se contra essas duas atitudes. Esse padrão caótico do ambiente faz o esquizoide sentir-se invadido e voltar-se quase que exclusivamente a existir em seu mundo subjetivo, retraído, em constante defesa contra tudo que possa ser sentido como não-eu.

Daí, no manejo desses casos, a importância de o analista cuidar para não repetir esses padrões de falhas do ambiente inicial do paciente. Muitas vezes, aponta Winnicott (1963/1983, p. 171) é mais válido, em tal análise, um período de silêncio e o analista fica, então, envolvido num jogo de espera. Devo reconhecer que esse jogo de espera é muito custoso, difícil para ambos, especialmente para o analista, que é tentado inúmeras vezes a interpretar (lê-se invadir) gestos, movimentos, detalhes do comportamento do paciente.

É de suma importância que o analista aprenda a se *comportar* ante esses pacientes. Nesse sentido, existe um perigo real de o analista pôr tudo a perder interpretando o paciente, ao invés de ocupar a posição de objeto subjetivo para este, permitindo que o paciente descubra o mundo criativamente.

Se esperamos, como nos aponta o autor, tornamo-nos percebidos (objetivamente) no devido tempo do paciente, mas se falhamos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico do paciente (que nos casos esquizoides equivale ao processo maturativo do lactente e da criança) subitamente nos tornamos não-eu para eles, e nesses momentos sabemos em demasiado e ficamos perigosos, porque estamos muito próximos na comunicação com o “[...] núcleo central e silencioso da organização do ego do paciente” (WINNICOTT, 1963/1983, p. 172).

Winnicott (1963/1983, p. 216) é enfático ao dizer que, quando o psicanalista está trabalhando com pessoas esquizoides, as interpretações, visando o *insight*, tornam-se menos importantes ou irrelevantes, uma vez que o aspecto mais vital (nesses casos) é a manutenção de uma situação adaptativa ao ego. A consistência da situação é uma experiência primária, não algo a ser recordado e revivido na técnica do analista (interpretação do inconsciente reprimido). Continua o autor:

No tratamento de pessoas esquizoides o analista precisa saber tudo que se refere a interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de conter para não ser desviado a fazer este trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é a de apoio simples ao ego, ou de holding. Esse holding, como a tarefa da mãe no cuidado do latente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre. (WINNICOTT, 1963/2000, p. 216).

Vale dizer que, nesses casos, que ao invés de interpretar (tal como concebido na técnica ortodoxa – interpretação do inconsciente reprimido) o que o analista busca é se comunicar com o paciente. Essa comunicação tem o propósito e o valor em

apontar e/ou estabelecer os limites de compreensão do analista, no sentido de comunicar ao paciente aquilo que compreendemos ou intuímos do emaranhado de situações e sensações transferenciais que se dão no par analítico. Sendo assim, não é de interpretação (no sentido da técnica clássica) que necessita o paciente, e, na verdade, qualquer falha ou movimento invasivo por parte do analista, pode “[...] arruinar todo o processo e causar profunda dor ao paciente” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 386).

Além do cuidado com as interpretações, cabe também redobrada atenção do analista quanto à pontualidade, rotina e organização do *setting*, bem como a provisão e/ou trabalho conjunto (nos casos mais graves) com instituições e/ou ajuda do médico psiquiatra, especialmente em nossos dias que, como se sabe, é cada vez mais difícil os pacientes irem na análise mais do que uma ou duas vezes na semana. Nesse sentido, atendo-se aos casos dos pacientes esquizoides, Winnicott (1961/1989, p. 85) aponta para a exigência de organização desse tipo complexo de *segurar (holding)* e que inclui, se necessário, o cuidado físico.

Aqui, o terapeuta ou a enfermeira entram em cena quando o ambiente imediato do paciente não consegue fazer frente a situação. Como disse um amigo (o falecido John Rickman): “Insanidade é não ser capaz de encontrar alguém que te aguente” – e existem aqui dois fatores: o grau de doença do paciente e a capacidade do ambiente de tolerar os sintomas. Dessa forma há alguns que estão por aí, no mundo, mais doentes do que aqueles que se encontram em hospitais psiquiátricos. (WINNICOTT, 1961/1989, p. 85).

Uma observação importante do autor, no que concerne aos pacientes psicóticos, é a devida atenção do analista quanto àqueles pacientes que clinicamente regredem e/ou precisam de cuidados físicos (internação) e aqueles que não. De forma alguma caberia afirmar que os clinicamente regredidos ou internados são os mais doentes. Do ponto de vista de Winnicott, vale mais uma vez enfatizar: pode ser mais fácil dar conta de um paciente que teve um episódio psicótico (uma depressão esquizoide, por exemplo) ou um paciente francamente psicótico (doente esquizoide) do que tratar um caso semelhante, porém, num estado quase que permanente de fuga para a sanidade.

É preciso ter muita coragem para se dar ao ‘luxo’ de ter um episódio psicótico, “[...] mas pode ser que a alternativa seja essa fuga para a sanidade, um fenômeno comparável à defesa maníaca contra a depressão” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 385).

Considerando-se um grupo de *loucos*, uma grande diferença deve ser estabelecida entre aqueles cujas defesas encontram-se em estado caótico e aqueles que foram capazes de organizar uma doença. “É praticamente certo que a psicanálise, quando aplicada à psicose, será mais bem-sucedida nos casos em que houver uma doença altamente organizada” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 384).

Winnicott ainda faz críticas ferrenhas à algumas práticas utilizadas (ao menos em sua época) pela psiquiatria, especialmente a leucotomia e as terapias a base de choque elétrico. Sem dúvidas que essas críticas e suspeitas do autor quanto a essas práticas derivam de sua posição básica: de ver as doenças psicóticas como organizações defensivas, cujo objetivo é proteger o verdadeiro *self*. Também de sua opinião de que uma saúde aparente (baseada num falso *self* cindido) não tem valor para o paciente. A doença, com o *self* verdadeiro, muito bem oculto/escondido, por dolorosa que seja, é a única saída, a não ser que, enquanto analistas, possamos voltar atrás com o paciente e tirar do seu lugar a situação da falha original.

Segundo Winnicott (1961/1989, p. 85), o tratamento com esses pacientes pode parecer uma amizade (devido à imensa tolerância e cuidados dispensados), mas não é uma amizade, pois o analista está sendo pago e só vê o paciente com hora marcada e, além disso, apenas por um tempo limitado, uma vez que o objetivo de toda terapia é chegar a um ponto em que cessa a relação profissional, porque o viver e a vida do paciente assumem o comando, e o analista passa para o trabalho seguinte.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo estudar as contribuições de D. W. Winnicott acerca da patologia esquizoide, levando em consideração o cenário e/ou contexto da discussão do tema no período em que o autor desenvolvia sua teoria/técnica e, em especial, examinar a etiologia e funcionamento esquizoide e como elas compõem nesse quadro psicopatológico.

A patologia esquizoide foi avaliada do ponto de vista teórico e também estudadas a partir de dois casos clínicos apresentados pelo autor, seguindo os critérios maturacionais por ele propostos. Deste modo, foi levado em consideração tanto o ponto do processo de amadurecimento emocional em que se encontrava o indivíduo, quando a falha ocorreu, como também a natureza da falha e/ou falhas cometidas.

Ao examinar o contexto em que Winnicott construía suas teorias e/ou posições acerca da patologia esquizoide, vimos que essas construções foram permeadas pelo diálogo e críticas acerca da psiquiatria de sua época e de outros dois teóricos da Escola Britânica de Psicanálise, contemporâneos e pioneiros na discussão acerca da esquizoidia (Fairbairn e Klein). A escolha deu-se pelo fato de as posições e contribuições da psiquiatria e desses autores permearem de forma ora implícita e ora explícita os textos de Winnicott, especialmente no que concerne à temática aqui estudada.

No prosseguimento deste estudo vimos o lugar da patologia esquizoide no quadro das classificações dos distúrbios psíquicos, mais especificamente, o fato dela situar-se no campo das psicoses – no território da esquizofrenia. Sendo assim, também foi elucidada a compreensão singular e significativa de Winnicott acerca da psicose, mostrando que o autor usa critérios diferentes da psiquiatria, como também dos de Freud, Klein e outros psicanalistas. O termo psicose é utilizado, na classificação winnicottiana, para designar os distúrbios que tiveram sua origem no período mais precoce da vida, antes de o indivíduo ter alcançado uma integração mais consistente do *self* e antes de tornar-se uma pessoa total, capaz de relacionar-se com pessoas totais. Nesse grupo, estão incluídos todos aqueles pacientes cujo tratamento e/ou análise deve lidar com os aspectos primitivos do desenvolvimento emocional, antes e até o estabelecimento da personalidade como uma unidade espaço-tempo,

considerando que esta, ainda, não está fundada de forma segura, devido ao fato de que, nos estágios iniciais, o bebê vive numa situação de dependência absoluta e podem ocorrer falhas de adaptação da mãe às necessidades do lactente, que envolvem a resolução das tarefas fundamentais da primeira mamada teórica e da constituição do *self* primário. Devido a esse fato, a psicose, na visão winnicottiana, tem um caráter de distúrbio de deficiência ambiental, cujas falhas, nesse início, são traumáticas, podendo resultar em psicose. Ocorrendo falhas nessa etapa tão sensível e delicada, o bebê (que, por ser imaturo, não tem como se defender contra essas falhas do ambiente) interrompe seu processo de amadurecimento emocional, por meio de um distúrbio psicótico.

Também foram apresentados os postulados de Winnicott acerca de sua teoria do desenvolvimento emocional, mais especificamente o período denominado pelo autor de estágio da primeira mamada teórica, uma vez que é nesse estágio que se formam as bases do viver e/ou saúde psíquica, bem como (no caso de falhas) dos distúrbios psíquicos. Vimos que esse estágio ocupa três ou quatro primeiros meses de vida do bebê, e o que está em seu cerne é a atividade de amamentação. Nesse estágio se dá o início do contato com a realidade e também o início (muito incipiente) da constituição do *self*, que irá (“se tudo correr bem”) integrar-se numa unidade. Foi apontado também a ideia central de que, nesse estágio, o bebê está às voltas com três tarefas básicas: integração, personalização e realização ou início do contato com objetos. Levou-se em consideração na descrição desse estágio o seu caráter “saudável”, partindo do pressuposto de que o desenvolvimento ocorreu de forma satisfatória, sendo possibilitado ao bebê a experiência de onipotência, de criatividade, consideradas por Winnicott como centrais na aquisição do caráter saudável do indivíduo.

Foram também elucidadas as posições de Winnicott acerca da etiologia e dinâmica esquizoide. Foi mostrado que as falhas ambientais que deram origem à patologia esquizoide surgiram do fato de o bebê estar à mercê de um ambiente (ou mãe) caótica, imprevisível, que, devido a sua própria precariedade emocional, apresenta o mundo (e a si mesma) ao bebê, ora de um jeito, ora de outro.

Nesse sentido, as falhas de adaptação do ambiente podem atingir diferentes níveis, com consequências diversas e/ou tipos de funcionamento esquizoide diversos, descritos por Winnicott no percurso de sua obra. Ao examinar os tipos de

funcionamento esquizoide, foram destacados três: pacientes que passam por fases e/ou episódios esquizoides (depressão esquizoide), pacientes que se tornam esquizoides ou têm recorrentes fases/episódios esquizoides dentro do processo analítico (nesses casos, justamente por receberem os cuidados do analista, puderam, talvez pela primeira vez, regredirem à dependência e começarem a experienciar a constituição do *self*), e terceiro, dos pacientes descritos por Winnicott como *propriamente esquizoides*.

Um ponto importante relacionado à esquizoidia refere-se à descrição do autor de que os esquizoides que sofreram falhas graves, abruptas, ainda assim, conseguiram constituir, mesmo que de forma incipiente, um *self*. Com o intuito de preservar esse incipiente *self*, esses pacientes fazem uso de defesas muito sofisticadas, primitivas, cuja dinâmica se mostra num verdadeiro “pavor” de qualquer contato com o mundo, com as pessoas, relações, uma vez que esses passam a ser vistos como perigosos, perniciosos. Dessa forma, a alternativa encontrada por essas pessoas é a de sempre estarem num movimento de fuga e recusa de relações, passando a viver, quase que exclusivamente, como eixo de sobrevivência, a relação de objeto subjetiva, pessoal, privada, restrita à sua área de onipotência, e habitar, somente quando estritamente necessário, a relação do falso *self* com a realidade externa.

Por fim, foram estudados dois casos clínicos do autor e a questão do *setting* referente ao tratamento desses pacientes, mostrando basicamente que a análise desses pacientes não depende muito do trabalho clássico da interpretação (do inconsciente reprimido), mas do manejo, da capacidade do analista de se adaptar às necessidades (primitivas) do paciente, de oferecer um cuidado, cuja característica principal é a de ser confiável, previsível. Vimos que no manejo desses casos é de fundamental importância a regressão (do paciente) à dependência. Regredindo, o paciente tem a possibilidade de retomar seu processo de amadurecimento, que se encontrava paralisado, devido às falhas do ambiente.

A importância de todas essas questões é evidente e as reflexões que surgiram no decorrer do estudo deste tema ficaram especialmente presentes, pela recorrência com que Winnicott aborda o tema da esquizoidia, desde seus primeiros textos teóricos e clínicos. Diante disso, os exemplos clínicos apresentados no trabalho e, particularmente a discussão dos casos, buscaram oferecer uma base sobre a qual se

abre uma série de particularizações, dada a história única e pessoal de cada indivíduo e também de cada analista ou pesquisador. Nesse sentido, é justo e necessário que cada um busque, a seu modo, adentrar nesse vasto campo desbravado por Winnicott e outros analistas. Sem dúvida, os frutos e/ou discussões em muito ajudariam no processo de produção científica e principalmente de ajuda a tantas pessoas que buscam ajuda em nossos consultórios, instituições etc. Penso que essa seja a maior de todas as conquistas da psicanálise, desde Freud: a possibilidade e privilégio de unir pesquisa científica e tratamento (ajuda as pessoas).

Conforme foi se dando essa pesquisa, fui percebendo quantas outras pesquisas poderiam ser desenvolvidas, desde aspectos históricos do desenvolvimento do conceito esquizoide, estudos comparando as diversas teorias e/ou posições dos autores, os desdobramentos que surgiram a partir das contribuições desses pioneiros do tema etc.

Concluo o presente trabalho assim como Winnicott concluiu sua belíssima palestra para a Associação de Assistentes Sociais em Londres, cujo título é *Os doentes mentais na prática clínica*, datado de 1963. Vale citar mais longamente o autor, uma vez que fala especificamente acerca dos distúrbios mais insanos ou psicóticos que se formam na base de falhas da provisão ambiental e podem ser tratados, muitas vezes com êxito, por nova provisão ambiental e esse pode ser o nosso trabalho com os casos:

O que você se encontra provendo, em seu trabalho, pode ser descrito da seguinte maneira:

Você se dedica ao caso.

Você aprende a saber como é se sentir como o seu cliente.

Você se torna *digno de confiança* para o campo limitado de sua responsabilidade profissional.

Você se comporta profissionalmente.

Você aceita ficar na posição de um objeto subjetivo na vida do cliente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra.

Você aceita amor, e mesmo o estado enamorado, sem recuar e sem representar sua resposta.

Você aceita o ódio e o recebe com firmeza, ao invés de como vingança.

Você tolera, em seu cliente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhez, etc. e reconhece todas essas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento. (Na vida particular as mesmas coisas o fariam manter distância).

Você não fica assustado nem sobrecarregado com sentimentos de culpa quando seu cliente fica louco, se desintegra, corre pela rua de camisola, tenta suicídio, talvez com êxito. Se você é ameaçado de assassinato, chama a polícia não só para proteger a si mesmo, mas

também ao cliente. Em todas essas emergências você reconhece o pedido de socorro de seu cliente, ou um grito de desespero por causa da perda da esperança nessa ajuda.

Em todos esses aspectos você é, em sua área profissional limitada, uma pessoa profundamente envolvida com sentimentos e ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença de seu cliente e sabendo os limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise. E se você pode controlar a situação há a possibilidade de que a crise se resolva sozinha e então será por sua causa que o resultado foi alcançado. (WINNICOTT, 1963/1983, p. 205-206).

REFERÊNCIAS

- ANDRESEN, S. M. B. **Coral e outros poemas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- DIAS, E. O. **A teoria das Psicoses em D. W. Winnicott**. 1998. 374 f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.
- DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- FAIRBAIRN, W. R. D. Fatores Esquizoides na Personalidade. In: FAIRBAIRN, W. R. D. **Estudos Psicanalíticos da Personalidade**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. p. 3-22. (Trabalho originalmente publicado em 1940)
- FIGUEIREDO, L. C.; ARAUJO, T. W. **Fairbairn em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2013.
- FULGENCIO, L. **Por que Winnicott?** São Paulo: Zagodoni, 2016.
- GALVAN, G. B. **O conceito de falso si-mesmo na teoria do amadurecimento pessoal de D.W. Winnicott**. 2013. 160 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- KLEIN, M. Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 301-329. (Trabalho originalmente publicado em 1935).
- KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 17-43. (Trabalho originalmente publicado em 1946).
- NAFFAH NETO, A. A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 41, n. 4, p. 77-88, 2007.
- NAFFAH NETO, A. Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. **Revista Natureza Humana**, v. 12, n. 2, p. 1-18, 2010.
- NAFFAH NETO, A. O caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 41, n. 75, p. 107-121, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2017.
- WINNICOTT, D. W. A ausência de um sentimento de culpa. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 119-126.

WINNICOTT, D. W. A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 79-92. (Trabalho originalmente publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. A criatividade e suas origens. In: WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 95-120. (Trabalho originalmente publicado em 1971).

WINNICOTT, D. W. A imaturidade do adolescente. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 117-129. (Trabalho originalmente publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 355-373. (Trabalho originalmente publicado em 1954-5).

WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392. (Trabalho originalmente publicado em 1954).

WINNICOTT, D. W. Assistência residencial como terapia. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 249-258.

WINNICOTT, D. W. Ausência e presença de um sentimento de culpa, ilustradas em duas pacientes. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: ArtMed, 1994. p. 129-132. (Trabalho originalmente publicado em 1966).

WINNICOTT, D. W. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 163-174. (Trabalho originalmente publicado em 1963).

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-231. (Trabalho originalmente publicado em 1945).

WINNICOTT, D. W. Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 207-217. (Trabalho originalmente publicado em 1963).

WINNICOTT, D. W. Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 156-162. (Trabalho originalmente publicado em 1962).

WINNICOTT, D. W. Influências de grupo e a criança desajustada: o aspecto escolar. In: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 215-226.

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Trabalho originalmente publicado em 1954-70).

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 17-30. (Trabalho originalmente publicado em 1967).

WINNICOTT, D. W. O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: ArtMed, 1994. p. 151-156. (Trabalho originalmente publicado em 1967).

WINNICOTT, D. W. O medo do colapso. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: ArtMed, 1994. p. 70-76. (Trabalho originalmente publicado em 1963).

WINNICOTT, D. W. O uso de um objeto e relacionamentos através de identificações. In: WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Imago: Rio de Janeiro, 1975. p. 121-131. (Trabalho originalmente publicado em 1971).

WINNICOTT, D. W. O valor da depressão. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 63-70. (Trabalho originalmente publicado em 1963).

WINNICOTT, D. W. Os doentes mentais na prática clínica. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 196-206. (Trabalho originalmente publicado em 1963).

WINNICOTT, D. W. Os efeitos da psicose sobre a vida familiar. In: WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 89-100. (Trabalho originalmente publicado em 1960).

WINNICOTT, D. W. Pediatria e psiquiatria. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 233-253. (Trabalho originalmente publicado em 1948).

WINNICOTT, D. W. Psiconeurose na infância. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 53-58. (Trabalho originalmente publicado em 1961).

WINNICOTT, D. W. Psicoses e Cuidados Maternos. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1952/2000. p. 305-315. (Trabalho originalmente publicado em 1952).

WINNICOTT, D. W. Teoria do relacionamento paterno infantil. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 38-54. (Trabalho originalmente publicado em 1960).

WINNICOTT, D. W. Tipos de psicoterapia. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 79-86. (Trabalho originalmente publicado em 1961).

WINNICOTT, D. W. Vivendo de modo criativo. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. p. 31-42. (Trabalho originalmente publicado em 1970).

WINNICOTT, D. W. W. R. D. Fairbairn. In: WINNICOTT, D.W. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 316-322. (Trabalho originalmente publicado em 1953).