

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DOUGLAS RODRIGO PEREIRA

CONVERSANDO COM WINNICOTT E SEARLES
SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA

São Paulo
2023

DOUGLAS RODRIGO PEREIRA

**CONVERSANDO COM WINNICOTT E SEARLES
SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA**

(Versão Corrigida)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Doutor
em Psicologia

Área de concentração: Psicologia
Experimental

Orientador: Prof. Dr. Nelson Ernesto Coelho
Junior.

São Paulo
2023

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

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pereira, Douglas Rodrigo.
CONVERSANDO COM WINNICOTT E SEARLES SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA / Douglas Rodrigo Pereira; orientador Nelson Ernesto Coelho Junior. -- São Paulo, 2023. 359 f.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Experimental) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023. 1. Winnicott. 2. Searles . 3. Transferência. 4. Contratransferência. 5. Experiência. I. Coelho Junior, Nelson Ernesto . orient. II. Título..

Nome: Pereira, Douglas Rodrigo

Título: Conversando com Winnicott e Searles sobre a Clínica Psicanalítica

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do grau
de Doutor em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Jair Luiz Pereira: homem simples, sábio e corajoso que fez tudo para ofertar aos seus filhos o que a vida não pôde lhe oferecer. Sou grato por ter tido o senhor como meu pai. Obrigado por todo amor e dedicação.

Sem a sua presença ao meu lado e dentro de mim, a vida não seria possível.

Um beijo de seu filho que lhe ama muito.

Aos meus lindos amores Luciana e Teozinho: obrigado por existirem, pelo sorriso e pelo amor, por cada segundo ao lado de vocês.

Vocês me iluminam e enchem a minha alma de vida.

Teozinho é o nosso amor em forma de gente!

À minha mãe amada Raimunda Maria Pereira: pela coragem de sorrir, pela espontaneidade, pela alegria de existir e por me ensinar a ter leveza, fé na vida e no amor.

Ao meu irmão Alisson Luiz Pereira: pela companhia, parceria, incentivo e amizade.

Amo muito vocês!!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor Nelson Ernesto Coelho Junior pela acolhida no grupo de pesquisa, pela orientação, dedicação e incentivo. A sua ajuda foi fundamental para o meu crescimento profissional e pessoal. Muito obrigado por acreditar em meu desenvolvimento e incentivar a escrita desse trabalho.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa Psicanálise Experimental pela convivência, aprendizagem, amizades e trocas intelectuais e afetivas: Nelson Coelho Junior, Marina Bialer, Jô Gondar, Amanda Watson, Eugênio Canesin Dal Molin, Maria Florência Guglielmo, Bruna Zerbinatti, Gisele Senne de Moraes, Fábio Vargas, Cristina Mensato Rebello da Silva, Sérgio Gomes, Daniel Schor, Fábio Brinholi da Silva, Thiago da Silva Abrantes e José Henrique Parra Palumbo.

Aos membros da banca de defesa: Bruna Paola Zerbinatti, Elisa Ulhoa Cintra, Eugênio Canesin Dal Molin, Gilberto Safra e Julio Vertzman.

A Gilberto Safra pelas supervisões, generosidade, apoio e incentivo. A sua ajuda tem sido fundamental para o meu desenvolvimento como analista. Sou muito grato pela parceria desses anos, obrigado.

Agradeço aos colegas do grupo brasileiro de pesquisa Sandor Ferenczi (GBPSF)

Agradeço a Marina Ribeiro, Elisa Ulhoa Cintra e aos colegas do LIPSIC.

Agradeço às pessoas que fizeram e fazem parte de minha história no Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientae: Cida Aidar, Moisés Rodrigues da Silva Junior, Cleide Monteiro, Tales Ab'Saber, Alcimar Alves de Souza Lima, Maria Cristina Ocariz, Miriam Chnaiderman, Décio Gurfinkel, Maria Helena Fernandes, Lucia Barbero Fuks e Maria de Fátima Vicente.

Agradeço aos colegas, amigos e amigas interlocutores em meu processo de formação no Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientae. Apesar de não conseguir

colocar o nome de cada pessoa aqui, vocês sabem que fazem ou fizeram parte de minha história.

A Moisés Rodrigues da Silva Junior pela interlocução e generosidade.

A Maria Helena Fernandes pelas supervisões, generosidade e incentivo de sempre.

A David Calderoni pelo incentivo, abertura ao diálogo e generosidade.

A minha pesquisa foi enriquecida pelas contribuições de profissionais que tiveram contato pessoal com Harold Searles. Gentilmente, elas me responderam as perguntas que lhes enviei por e-mail. Agradeço-lhes imensamente: Annita Sawyer, Richard Waugaman e Thomas Ogden. A contribuição de vocês foi importantíssima para o desenvolvimento desse trabalho.

A Brett Kahr pela interlocução sobre Winnicott.

A Francisco Balbuena por me disponibilizar alguns de seus trabalhos e se colocar pronto ao diálogo.

Agradeço à professora Eva Maria Migliavacca pela acolhida no mestrado.

Agradeço às pessoas queridas que fizeram e fazem parte de minha história que se iniciou na Universidade Metodista de São Paulo: Maria Antonia Chiparri, Hilda Avoglia, Kelly Cristina Brandão, Eda Marconi Custódio, Suze de Oliveira Piza, Daniel Pansarelli, Adriano Franco, Nice, Iara e Daniel Oliveira.

Aos colegas pelo incentivo, trocas e interlocução: Marina Fibe, Eloy San Carlos, Luis Moreno, Thais Klein, Rafaela Nogueira, Claudio de Oliveira Filho e Marilia Etienne Arreguy.

Agradeço a Oswaldo Ferreira Leite Netto e a equipe de psicoterapia do IPQ.

Agradeço ao grupo de estudos de Winnicott, coordenado pela amiga Fatima Florido Cesar: Maria Forlani, Ana Fatima Aguiar, Cássia Vidute, Manuela Montesi, Raquele Vilalta, Thaís Mariana, Maysa Bezerra, Beatriz e Graziela.

A Sérgio Gomes e ao Instituto Nebulosa Marginal pelo convite para ministrar um curso sobre o pensamento de Searles.

A Gisele Senne de Moraes pelo convite para fazer parte de um curso sobre casos clínicos ministrado no Instituto Nebulosa Marginal.

Agradeço a Lirácio Junior pela revisão do texto e auxílio na tradução.

Ao amigo Daniel França Stanchi pela parceria e por me falar sobre Winnicott quando eu ainda não estava preparado para fazer uso das ideias desse analista inglês. As viagens de São Bernardo ao Butantã renderam ótimos papos.

Ao amigo João Silveiro Trevisan: pelo incentivo, auxílio com o texto e a troca de experiências.

Aos velhos amigos dos tempos de Wallace: Antônio, Elton e David.

Agradeço aos queridos amigos: Marcio de Assis Roque, Ludmila Fratesqui, Rodrigo Veinert, Camila Moraes e Ricardo Cavalcante pela parceria e amizade.

Agradeço às pessoas queridas que fizeram parte de minha vida na clínica Ravenna: Daniela Ouro, Poli, Fernanda Paola, Gabriel Gualtieri, Yamila Cabuli, Francisco Garzon, Ricardo Paiva, Stelinha, Lê, Simone, Marcela e Talita.

Agradeço à amiga Daniela Ouro pelo companheirismo, os papos e os cafés da tarde.

Aos amigos e parceiros da vida Wellington Fernandes, Mariana Portis, João Roberto, Wellington Lucio, Paulo Vitor e Herbert; e ao Tintin.

Agradeço imensamente Luciana Gentil Formaggio, minha linda, minha companheira, pela paciência, compreensão, parceria e incentivo. Sem tudo isso e muito mais, eu não conseguiria ter finalizado esse trabalho. E ao nosso lindo Teozinho, o nosso amor em forma de gente. O sorriso de nosso cabeludinho é a coisa mais linda desse mundo!

À minha mãe amada, Raimunda Maria Pereira, pelo amor, incentivo, fé na vida e em mim. Obrigado pelas risadas e alegrias. Sem a senhora, uma vida não valeria a pena.

Agradeço meu querido irmão Alisson Luiz Pereira pela amizade, parceria e confiança. E à minha cunhada Telma pelo incentivo e confiança.

Aos meus avôs de Formiga (in memoriam): Rita Maria de Jesus, João Pereira, Américo Fernandes Vieira e Maria Pires Vieira.

Aos meus tios, tias, primos e primas de Formiga.

Agradeço aos meus sogros Jair Formaggio (*in memoriam*) e Neusa pelo incentivo e pelos sorvetes de domingo. Obrigado.

Agradeço à família Formaggio Cotrufo: Luca, Mauro, Rafaela e Deise. Cunhados e sobrinhos queridos que tanto me apoiaram e me incentivaram nesse longo trabalho.

Agradeço a Rinaldo Voltolini e Alfredo Naffah Neto, analistas que me ajudaram a ser e continuar sendo.

Aos pacientes que compartilham comigo a humanidade.

Agradeço ao CNPQ pela bolsa cedida.

RESUMO

Trata-se de um estudo de teoria da clínica psicanalítica que se debruça sobre os pensamentos de dois autores reconhecidos por suas contribuições para o tratamento de casos graves: Donald W. Winnicott e Harold F. Searles. Analistas com uma produção ampla e consistente, ambos, de maneiras pessoais, se dedicaram à compreensão dos aspectos constitutivos do ser humano. Além disso, existem outros pontos de contato entre os pensamentos de Winnicott e Searles: o pensamento clínico processual, a preocupação com ambiente na constituição psíquica e na análise, a preocupação com a transição entre diferentes tipos de sentido de realidade, a ênfase na experiência e a consideração sobre a pessoa real do analista. Apesar dessa proximidade, ambos possuem teorias com muitas diferenças. Winnicott é autor consagrado e estudado no Brasil; enquanto o pensamento de Searles é pouco conhecido. Ademais, não há na literatura nenhum estudo que se debruce sobre a articulação entre os pensamentos desses importantes analistas. Considerando o valor de um trabalho desse tipo para o campo psicanalítico, o objetivo desse estudo é realizar uma interlocução entre Winnicott e Searles sobre a clínica psicanalítica. Para tanto, utilizamos um método expositivo distinto: a criação de um diálogo imaginário entre Winnicott, Searles e o autor desta pesquisa. Tal meio de apresentação é justificado a partir da noção de criatividade e uso do espaço potencial. Esse diálogo com os autores ocorre por meio de reuniões *online*. Cada capítulo trata de um tema específico: 1) o ambiente humano e não-humano; 2) a teoria da dependência absoluta e a criatividade de Winnicott e a teoria da simbiose de Searles; 3) a transição entre diferentes sentidos de realidade; 4) a transferência e experiência; e, por fim, 5) a contratransferência, a pessoa do analista e o ódio do analista. Ao final, enfatiza-se a noção de capacidade de o analista odiar.

Palavras-chave: Winnicott – Searles – transferência – contratransferência – experiência

ABSTRACT

This study of psychoanalytic clinical theory delves into the thoughts of two authors recognized for their contributions to the treatment of severe cases: Donald W. Winnicott and Harold F. Searles. As analysts with extensive and consistent work, they personally dedicated themselves to understanding the constitutive aspects of the human being. Moreover, other points of contact between the thoughts of Winnicott and Searles are identified: the processual clinical thinking, the concern with the environment in psychic constitution and analysis, the transition between different types of reality sense, emphasis on experience, and consideration of the analyst's real person. Despite this proximity, both have theories with many differences. Winnicott is an established author and widely studied in Brazil, while Searles' thinking is not well known. Furthermore, there is no literature that focuses on the articulation between the thoughts of these important analysts. Considering the value of such work for the psychoanalytic field, the aim of this study is to achieve an interlocution between Winnicott and Searles on the psychoanalytic clinic. For this purpose, a distinct expository method was used: the creation of an imaginary conversation between Winnicott, Searles, and the author of this research. This means of presentation is justified by the notion of creativity and the use of potential space. This dialogue with the authors takes place through online meetings. Each chapter deals with a specific topic: 1) the human and non-human environment; 2) Winnicott's theory of absolute dependence and creativity, and Searles' theory of symbiosis; 3) the transition between different senses of reality; 4) transference and experience; and finally, 5) countertransference, the person of the analyst, and the analyst's hatred. In the end, the notion of the analyst's capacity to hate is emphasized.

Keywords: Winnicott – Searles – transference – countertransference – experience.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1: UMA ILUSÃO COMPARTILHADA: SOBRE O AMBIENTE	32
CAPÍTULO 2: SIMBIOSE, CRIATIVIDADE E DEPENDÊNCIA	99
CAPÍTULO 3: TRANSIÇÕES	157
CAPÍTULO 4: TRANSFERÊNCIA	201
CAPÍTULO 5: CONTRATRANSFERÊNCIA E A CAPACIDADE DE O ANALISTA ODIAR	281
ÚLTIMAS PALAVRAS E AGRADECIMENTOS	335
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	336
APÊNDICE	349

*Nasci para administrar o à toa
o em vão
o inútil.
Pertença de fazer imagens.
Opero por semelhanças.
Retiro semelhanças de pessoas com árvores
de pessoas com rãs
de pessoas com pedras
etc.etc.
Retiro semelhanças de árvores comigo.
Não tenho habilidade pra clarezas.
Preciso de obter sabedoria vegetal.
(Sabedoria vegetal é receber com naturalidade uma rã no talo).
E quando esteja apropriado para pedra, terei também sabedoria mineral.*

*Não é para me gavar
mas eu não tenho esplendor.
Sou referente pra ferrugem
Mais do que referente pra fulgor.
Trabalho arduamente para fazer o que é desnecessário.
O que presta não tem confirmação,
o que não presta, tem.
Não serei mais um pobre-diabo que sofre de nobrezas.
Só as coisas rasteiras me celestam.
Eu tenho cacoete pra vadio.
As violetas me imensam.*

Manoel de Barros

INTRODUÇÃO

É um prazer encontrá-los, leitores e leitoras. Sou autor, narrador e personagem da estória que se inicia. Convido-os a me acompanharem.

Alimento da imaginação, a literatura nos permite tudo. Por meio dela, somos quem nunca poderemos ser; alcançamos o que nunca alcançaremos; voamos sem ter asas; ganhamos da morte.

Na pena de Machado de Assis, Brás Cubas, célebre defunto autor, narra o seu delírio.

Que me conste, ainda ninguém relatou o seu próprio delírio; faço-o eu, e a ciência mo agradecerá. Se o leitor não é dado à contemplação desses fenômenos mentais, pode saltar o capítulo; vá direto à narração. Mas, por menos curiosa que seja, sempre lhe digo que é interessante saber o que se passou na minha cabeça durante uns vinte a trinta minutos. Primeiramente, tomei a figura de um barbeiro chinês, bojudo, destro, escanhando um mandarim, que me pagava o trabalho com beliscões e confeitos: caprichos de mandarim. Logo depois, senti-me transformado na *Summa theologica* de São Tomás, impressa num volume, e encardendada em marroquim, com fechos de prata e estampas; ideia essa que me deu corpo a mais completa imobilidade; e ainda agora me lembra que, sendo as minhas mãos os fechos do livro, e cruzando-as eu sobre o ventre, alguém as descruzava (Virgílio decerto), porque a atitude lhe dava a imagem de um defunto. Ultimamente, restituído à forma humana, vi chegar um hipopótamo, que me arrebatou. Deixei-me ir, calado, não sei se por medo ou confiança; mas, dentro em pouco, a carreira de tal modo se tornou vertiginosa que me atrevi a interrogá-lo, e com alguma arte lhe disse que a viagem me parecia sem destino¹.

Mais de meio século depois das memórias de Brás Cubas, Campos de Carvalho, em “*A lua vem da Ásia*”, comete um assassinato em nome da imaginação.

Aos dezesseis anos matei meu professor de Lógica. Invocando a legítima defesa — e qual defesa seria mais legítima? —, logrei ser absolvido por cinco votos contra dois, e fui morar sob uma ponte do Sena, embora nunca tenha estado em Paris. Deixei crescer a barba em pensamento, comprei um par de óculos para míope, e passava as noites espiando o céu estrelado, um cigarro entre os dedos. Chamava-me então Adilson, mas logo mudei para Heitor, depois Ruy Barbo, depois finalmente Astrogildo, que é como me chamo ainda hoje, quando me chamo².

¹ Ver Machado de Assis (1881/2016, p.33).

² Ver Campos de Carvalho (2021, p. 23).

De Machado, genial bruxo do Cosme Velho, tomo de empréstimo a sua descrição do delírio de Brás Cubas; de Campos de Carvalho, o inventivo, aproprio-me de seu assassinato da Lógica. E assim o faço para sustentar a coragem necessária para ousar, apesar do medo genuíno que tal atrevimento me dá.

Esta é a estória de um diálogo ilusório sobre teoria da clínica psicanalítica. Antes que vocês abandonem essas páginas, considerando-as expressões indesejadas da ilusão do autor, peço-lhes paciência, pois, no devido tempo, compreenderão a natureza positiva da experiência ilusória.

Apresento-lhes os personagens.

Chamo-me Douglas Pereira. Sou psicólogo e psicanalista.

A minha atividade clínica me aproximou dos conhecidos casos difíceis ou *borderline*. Iniciei a minha experiência profissional como clínico em um Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e coordenador da equipe de Consultório na Rua³ (CR). Nessa instituição, tive contato com pacientes que, independentemente da qualidade do uso de drogas, sofriam de diversos modos. Apesar da diversidade de tipos de pacientes e modos de sofrimento, percebia-me diante de muitos casos que poderiam ser considerados difíceis. Na condução do tratamento daquelas pessoas, um fenômeno clínico me assustou: o surgimento de meu ódio em relação aos pacientes. Em certas situações, via-me possuído por pensamentos hostis; desejei que alguns deles interrompessem o tratamento; que outros se machucassem. Imaginariamente, matava-os.

No meu consultório, anos depois desse trabalho institucional, via-me, novamente, tomado pelo ódio em relação aos pacientes graves, sobretudo em momentos de crise. Conhecia textos sobre o assunto, mas nunca tinha me dedicado a pensar sobre o ódio com a devida atenção.

Coloquei-me a pensar.

Movido pela necessidade de compreender o que acontecia na transferência e contratransferência nesses casos que mobilizavam o meu ódio, comecei a pesquisar a vasta literatura analítica sobre esse afeto. Num continente de muitos países com diferentes paisagens e línguas, qual deles seria o meu destino?

³ O Consultório na Rua é um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de uma equipe multidisciplinar que atende pessoas em situação de rua. Buscava-se promover alguma forma de cuidado e facilitar o uso da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Atendíamos em praças, ruas, becos, vielas e embaixo de viadutos. Deste trabalho duro e intenso, levo com carinho a experiência de ter vivido e aprendido que o trabalho analítico pode ocorrer tanto perto de um rio sujo e fétido, ao lado de cachimbos de crack e pinos usados de cocaína, quanto dentro de um consultório envidraçado e confortável.

Considerando as várias abordagens psicanalíticas sobre o tema, encontrei em dois autores as contribuições que me ajudaram a compreender o ódio que sentia dos pacientes: Donald Woods Winnicott e Harold Frederic Searles⁴ — os outros dois personagens dessa estória. A rigor, reencontrei-os, pois ambos me eram familiares antes mesmo que eu os conhecesse — não escolhemos os nossos interlocutores, eles já vivem em nós, apenas os reencontramos na realidade compartilhada.

As ideias de Winnicott sobre o ódio na contratransferência lançou luz naquilo que vivi com meus pacientes. Compreendi que o ódio do analista é um efeito das excessivas demandas emocionais a que estamos submetidos no trabalho com pacientes psicóticos, casos difíceis, ou em momentos regredidos da análise de neuróticos⁵. O analista inglês faz um duplo movimento: legitima o ódio do analista e lhe confere um lugar de destaque no trabalho com pacientes regredidos. Por necessitarem de um cuidado intenso, esses pacientes exigem uma atenção que se torna “(...) uma pesada carga emocional para os que dele cuidam⁶”.

Winnicott tem uma teoria sobre a origem do ódio, já que esse afeto não é originário. A capacidade de odiar é uma conquista alcançada no curso do processo de amadurecimento. O ódio é um afeto sofisticado que só pode ser vivido em uma relação com os objetos totais. Odiar pressupõe a existência de um Eu diferenciado do outro, que é alvo do ódio⁷.

Searles, por sua vez, não tem uma teoria sobre a gênese do ódio, mas nos oferece descrições clínicas detalhadas do ódio do analista surgido no trabalho com pacientes esquizofrênicos. Um exemplo. Diante da possibilidade real de ser agredido por um paciente, o analista se sentiu amedrontado, perdido e confuso. A princípio, Searles reconheceu apenas o comportamento hostil de seu paciente e o medo do analista de agredido por aquele homem. Por meio da interpretação de um sonho contratransferencial, Searles percebeu e integrou o seu ódio pessoal que sentia pelo paciente. Houve uma passagem de um estado confusional do analista, um colapso circunstancial em sua capacidade de pensar e trabalhar, para a apropriação do ódio na contratransferência⁸.

⁴ Por ser um autor pouco conhecido no meio analítico brasileiro, Harold Searles merece uma apresentação. Vocês a encontram no apêndice disponível no final dessa estória.

⁵ Ver Winnicott (1947/2000).

⁶ Ver Winnicott (1947/2000, p.277).

⁷ Ver Winnicott (1947/2000; 1950-1955/2000)

⁸ Ver Searles (1958/1997).

No caso de uma mulher esquizofrênica com tendências suicidas, Searles sentiu medo de perder o controle e matá-la, pois o nível de tensão vivido nas sessões era quase insuportável. Corajosamente, o analista reconheceu o seu desejo de que a paciente se matasse; ao mesmo tempo em que desejava ajudá-la a se tornar mais integrada e se manter viva⁹.

A minha inquietação com o tema do ódio do analista me estimulou a ler Winnicott e Searles conjuntamente. Na medida em que compreendia o pensamento clínico de ambos, colocava o tema ódio do analista em segundo plano e ampliava o meu interesse por uma interlocução ampla entre os trabalhos deles. Com isso, outra estória começava a se desenhar.

Os nossos dois personagens se admiram e se citam. Winnicott está presente em vários artigos de Searles, inclusive em um longo texto sobre a simbiose e os fenômenos transicionais¹⁰; enquanto Winnicott¹¹, além de fazer citações pontais do analista americano, escreveu uma resenha sobre o primeiro livro de Searles¹².

Analistas de casos graves, Winnicott e Searles se dedicaram a estudar o papel do ambiente na constituição humana e na análise, os diferentes sentidos de realidade, a transferência como uma experiência emocional, as modificações necessárias do papel do analista em decorrência do tipo de adoecimento de cada paciente e a regressão de pacientes severamente adoecidos no *setting* analítico. Apesar de compartilharem esses interesses teóricos e clínicos e de terem realizado reconhecidas contribuições para a psicanálise, não encontrei nenhum trabalho que trate, aprofundamente, dessa interlocução, ora implícita, ora explícita, entre Winnicott e Searles¹³. Eis uma lacuna na literatura psicanalítica.

Lendo os textos desses autores, e constatando os efeitos positivos da leitura deles em meu desenvolvimento como clínico, dediquei-me a compreender quais eram suas principais contribuições para o meu modo pessoal de ser analista. Perguntei-me: “*ora, considerando que não existem trabalhos dedicados à interlocução entre esses dois*

⁹ Ver Langs & Searles (1980).

¹⁰ Ver Searles (1976/1979).

¹¹ Ver Winnicott (1963a/2005).

¹² Ver Searles (1960).

¹³ Em sua apresentação do pensamento de Searles, Souffir (2005) menciona uma semelhança entre o pensamento de Winnicott e Searles, mas o faz de uma maneira discreta e pontal, indicando a preocupação deles quanto ao tema da modificação do *setting* e da regressão em análise. Outros comentadores de Searles não trabalharam a sua interlocução com Winnicott (ARON, 1992; ARON; LIEBERMAN, 2015; LIEBERMAN, 2016; YOUNG, 1995). Balbuena (2018) é um autor que comenta a interlocução entre Winnicott e Searles, mas se foca apenas no tema do ambiente não-humano, tal qual apresentado por Searles (1960) e discutido por Winnicott (1963a/2005).

importantes autores, por que não desenvolver um estudo que articule os pensamentos deles? A partir dessa pergunta, criei a estória de um diálogo ilusório com Winnicott e Searles sobre a clínica psicanalítica.

A construção da estória

Como qualquer autor e narrador, tive que fazer escolhas e renúncias em minha criação. Compartilho com vocês as escolhas que fiz para construir a minha estória:

- *Objetivo da estória:* por meio de um diálogo com os nossos personagens, o objetivo da estória é *realizar uma interlocução entre Winnicott e Searles sobre a clínica psicanalítica*. Ao final da estória, vocês terão conhecido mais o pensamento clínico de cada autor e identificado as semelhanças e diferenças entre eles.
- *Temas a serem desenvolvidos na interlocução entre os personagens:* escolhi desenvolver os temas que considero importantes para a compreensão do pensamento clínico deles:

1) *O papel do ambiente na constituição humana e na análise:*

Para Winnicott, o ser humano se constitui em companhia de outros significativos, pessoas capazes de favorecer a experiência de ser e continuar sendo, em nosso contínuo processo de nos tornarmos quem somos. Da conhecida frase “*o bebê não existe sem a mãe*”, podemos criar outra: “*o ser humano só pode vir a ser em companhia de outros*”.

Searles, analista de psicóticos, amplia o seu interesse sobre o ambiente e chega a levantar a hipótese de que nascemos indiferenciados não apenas de outros humanos, mas também do ambiente não-humano (os animais, a natureza e os objetos construídos). Quanto ao ambiente humano, Searles o considera de suma importância, pois a criança depende da qualidade da interação com os pais para se desenvolver como pessoa viva e separada das demais.

2) *Simbiose e dependência:*

Analistas de casos graves de natureza psicótica, Winnicott e Searles dedicaram-se a compreender os fenômenos dos primórdios da vida humana. Para tanto, criaram diferentes teorias sobre os modos como os bebês e as crianças, e os pacientes em análise, experimentam o si mesmo e o mundo.

Utilizando-se dos termos propostos por Margaret Mahler, autismo, simbiose e individuação, Searles construiu a sua teoria sobre diferentes registros de funcionamento do Eu e registros de realidade. Para ele, no trabalho com pacientes esquizofrênicos, mas não apenas com eles, uma das tarefas clínicas é o estabelecimento da simbiose terapêutica que possibilite ao paciente a experiência de estar misturado com o analista. É a partir da simbiose que ele poderá se desenvolver rumo à individuação, ou seja, à capacidade de se sentir uma pessoa viva e separada das demais.

Como é conhecido, Winnicott construiu uma complexa teoria sobre a dependência e o desenvolvimento emocional humano. A sua teoria da dependência está ancorada na ideia da criatividade primária. Para Winnicott, os seres humanos são, essencialmente, criativos e dependentes. Winnicott fez importantes contribuições sobre os diferentes sentidos de realidade que podemos experimentar, a saber, o subjetivo, o transicional e o objetivo.

3) *Transições entre diferentes sentidos de realidade:*

Ambos os autores têm um pensamento clínico processual. Para eles, o importante é pensar na qualidade do tipo de experiência e sentido de realidade vivido pelo paciente num dado momento da sessão.

Em Winnicott, temos o sentido de realidade subjetivo, transicional e objetivo. Por termos tratado do objeto subjetivo no item anterior, o foco, aqui, está na dependência relativa e nos sentidos de realidade transicional e objetivo, além de tratarmos da noção de espaço potencial.

Segundo Searles, os termos autismo, simbiose e individuação se referem tanto aos diferentes tipos da interação entre analista e paciente, quanto às modalidades de funcionamento do Eu. Ademais, para o analista americano, o outro fenômeno clínico importante que atravessa a análise é a necessidade de o paciente se tornar analista de seu analista.

Com efeito, como vocês verão, o mais importante desse tema é o pensamento clínico processual e a noção de transições entre os diferentes tipos de sentido de realidade.

4) *Transferência e experiência:*

Tema clínico por excelência. Nele, leitores e leitoras, veremos, com base em fragmentos de casos atendidos pelos nossos personagens, o trabalho analítico sendo desenvolvido a partir de certo pensamento clínico específico.

Com Winnicott, trabalharemos a consulta terapêutica¹⁴ do menino Iiro e acompanharemos partes da análise do paciente B, tal qual a encontramos em “ *Holding e Interpretação*”¹⁵. Com essas apresentações, compreenderemos a transferência como uma experiência que nos coloca diante do não-acontecido para nos levar em direção ao devir humano.

Com base em fragmentos da análise da paciente Joan Douglas, veremos Searles articular a dimensão intrapsíquica da análise — aqui a transferência é a atualização do infantil — e a dimensão interpessoal — na qual a interação analítica acontece entre a pessoa real e atual do analista e o paciente.

Para ambos os personagens, *a noção de experiência é central para compreendermos a transferência.*

5) *A contratransferência e o ódio do analista:*

Para finalizarmos a nossa estória, conversaremos sobre a contratransferência. Veremos como os nossos personagens pensam a contratransferência e o papel que dão à pessoa real do analista. Posteriormente, falaremos sobre o tema do ódio do analista — aquele mesmo que me fez dedicar à leitura dos textos de nossos personagens.

- *Construção dos personagens:* não tenho a pretensão de reproduzir os estilos pessoais de meus interlocutores personagens. *São as minhas construções de Winnicott e Searles. Deste modo, eles poderão parecer distantes dos analistas que vocês conhecem.* Não considero isso um problema, visto que

¹⁴ Ver Winnicott (1971a/1984).

¹⁵ Ver Winnicott (1972/2010).

cada um de nós apreende as teorias singularmente, o que faz com que tenhamos diferentes personagens/analistas dentro de nós. Mesmo assim, para construir os meus analistas interlocutores, utilizei dados biográficos¹⁶ e correspondências¹⁷. Além disso, realizei entrevistas *on line* com pessoas que tiveram contato com Harold Searles: 1) Annita Sawyer: psicóloga e psicanalista americana. Na juventude, em decorrência de seu sofrimento pessoal, ela passou por internações em instituições de saúde mental. Em duas ocasiões, Annita foi entrevistada por Harold Searles, analista que era supervisor do psicoterapeuta de Annita¹⁸; 2) Richard Waugaman: psiquiatra e psicanalista, membro do hospital Chestnut Lodge¹⁹, supervisionado por Searles. Ambos escreveram um artigo juntos²⁰; e 3) Thomas Ogden: reconhecido analista influenciado pelo pensamento de Searles. Em uma ocasião, Ogden foi supervisionado por Searles²¹.

Ainda que eu tenha realizado essas pesquisas para construir os meus personagens, eles continuam sendo resultado de minha criação pessoal subjetiva.

Movimentos, passagens e transições

Falemos mais sobre os nossos dois personagens

Winnicott possui uma compreensão ampla da natureza humana. Ele construiu uma proposição sobre o ser humano, uma teorização coerente sobre o desenvolvimento e o adoecimento, bem como ideias fundamentadas quanto à condução e os objetivos do processo analítico. Ao passo que Searles, a meu ver, construiu um pensamento clínico de imenso valor para a prática analítica, sobretudo com pacientes graves, mas as suas ideias possuem um valor mais descritivo clínico do que teórico conceitual. Por isso, um dos desafios dessa estória diz respeito ao fato de trabalhar com pensamentos analíticos

¹⁶ Ver Rodman (2003) e Langs & Searles (1980).

¹⁷ Ver Winnicott (2005).

¹⁸ Ver Sawyer (2011).

¹⁹ Hospital psiquiátrico localizado em Maryland, uma das instituições pioneiras no tratamento psicanalítico de paciente psicóticos. Funcionou entre 1910 e 2001. Frieda Fromm-Reichmann trabalhou nesse hospital e Harry Stack Sullivan realizou seminários nessa instituição. Searles entrou para a equipe do hospital em 1949. Para mais informações, ver Balbuena (2011; 2016; 2018), Coelho Junior (2021), Pereira & Coelho Junior (2022), Silver (1996; 2019) e Waugamann (2022a, 2022b, 2022c; 2022d).

²⁰ Ver Waugaman & Searles (1990) e Waugamann (2015; 2022a; 2022b; 2022c; 2022d).

²¹ Ver Ogden (2009).

que possuem diferentes aprofundamentos e amplitudes. Ao invés de tentar solucionar o que seria um suposto problema na aproximação e diferenciação entre os pensamentos desses autores, explico essas diferenças entre eles, mantendo as possíveis tensões surgidas no diálogo entre nós.

Como ler e trabalhar com Winnicott e Searles?

Em uma carta de 1952 escrita para Roger Money-Kyrle, Winnicott, ao se lembrar da apresentação de seu artigo sobre os objetos e fenômenos transicionais na Sociedade Britânica de Psicanálise, expôs o seu apreço pela palavra transição. Ele escreveu:

Você se lembrará que a palavra 'intermediária' me foi dada por você mesmo durante a discussão do ensaio sobre objetos e fenômenos transicionais. A palavra 'intermediária' é certamente útil, mas a palavra 'transição' implica movimento, e não posso perdê-la de vista, do contrário acabaremos por ver algum tipo de fenômeno estático sendo associado ao meu nome²².

A meu ver, qualquer leitura que desconsidere *os movimentos* na obra de Winnicott, o movimento como um axioma, corre o risco de perder o fundamental de sua contribuição para a psicanálise.

Concordo com Safra (2007):

a clínica winnicottiana, de fato, não é clínica do significado, mas a clínica do acontecimento. Não é a clínica do reprimido, mas a clínica do não-acontecido. Não é a clínica do inconsciente, mas a clínica do a-consciente e do a-inconsciente²³.

E acrescento: é uma clínica da complexidade, do paradoxo, das passagens entre diferentes modos de ser e continuar sendo no mundo; uma clínica do devir, da contínua e interminável constituição do *self* — constituição que só pode existir em companhia do outro humano²⁴.

Clínica dos movimentos entre o mundo subjetivo, a transicionalidade e a realidade compartilhada; movimentos entre estados de dependência absoluta, dependência relativa e certa independência. Neste sentido, com Safra, considero a

²² Ver Winnicott (2005a, p.53, grifos meus).

²³ Ver Safra (2007, p.52).

²⁴ Ver Safra (2009a).

clínica de Winnicott *uma clínica dos movimentos constitutivos* e não apenas do desenvolvimento.

É preciso cuidado ao abordar o trabalho de Winnicott, pois é frequente constatar-se leituras de sua obra, que supõe que ele esteja apresentando, simplesmente, uma psicologia do desenvolvimento, o que é um grande equívoco. Desde os seus primeiros trabalhos, ele assinala as condições fundamentais para o acontecimento humano. Nessa perspectiva, no lugar do desejo, ele nos mostra a importância do gesto constitutivo e das condições fundamentais para que ele aconteça. Ação criativa que possibilita a experiências de ser. Primeiro ser para então desejar²⁵.

Se há um acento desenvolvimentista em sua obra, e de fato ele existe, é para pensar na aquisição da capacidade de se movimentar em diferentes registros da realidade²⁶. O desenvolvimento indica capacidade de movimentação, e não uma aquisição estática de modos de ser e sofrer. Assim, por exemplo, mesmo quando se alcança a capacidade de usar os objetos, não é para abandonar, de maneira alguma, a experiência no espaço potencial e a ilusão de criação dos objetos subjetivos. A palavra central é *transição*, como se pode ver.

Pensar a clínica a partir de Winnicott implica estar atento ao tipo de presença que precisamos encarnar para estar em consonância com as necessidades do paciente. Quando estamos num determinado momento da sessão, sou objeto subjetivo? Ou me encontro na realidade compartilhada dos objetos objetivamente subjetivos? Quando estou no lugar de mãe-ambiente e quando estou sendo demandado a me posicionar como mãe-objeto? Safra define bem esse princípio clínico:

Quando Winnicott trabalhava, para ele era muito importante não só localizar quais as questões que estavam em jogo e a qual momento do processo maturacional elas estavam referidas, mas também diagnosticar em que área de trabalho a dupla analista-analisando se encontrava. A dupla analista-analisando estava no mundo subjetivo? Estava na realidade transicional? Estava no mundo interno? A resposta a essas questões determina o dispositivo clínico que será utilizado²⁷.

²⁵ Ver Safra (2009a, p.16-17).

²⁶ Aos interessados na leitura de foco desenvolvimentista da obra de Winnicott, indico o trabalho de Fulgêncio (2020).

²⁷ Ver Safra (2005a, p.55).

Como vocês podem notar, leitores e leitoras, compartilho a leitura que Gilberto Safra faz do pensamento de Winnicott. Para esse analista brasileiro, Winnicott é um autor preocupado, sobretudo, com os processos constitutivos do humano.

No momento em que afirmou que *um bebê não existe sem a sua mãe*, ele abordou uma perspectiva, que é muito mais importante e significativa do que simplesmente falar de um momento do processo maturacional do ser humano. Subjacente àquela afirmação há uma *concepção de homem*, na qual não se pode pensar uma pessoa sem a presença do Outro. Nessa perspectiva, cada faceta da condição humana, que não se constitui em presença de Outro é um lugar em que o si mesmo se desfaz: abismos para o nada, para o impensável, para o infinito sem contornos²⁸.

O que me interessa neste modo de Safra trabalhar com Winnicott é a ênfase dada à constituição e aos movimentos de idas e vindas entre os diferentes tipos de contato com a realidade. Trata-se, a meu ver, de uma leitura fina e coerente com a complexidade do pensamento winnicottiano.

Compreendo Searles a partir dessas mesmas chaves de leitura: a ênfase na constituição, nas passagens e nos movimentos entre as diferentes formas de experiência, quais sejam, a autista, a simbiótica e a individuada. Os trabalhos de Searles também possuem, indubitavelmente, um tom desenvolvimentista, mas, a meu ver, a maneira mais fértil de usar as contribuições para a nossa prática clínica é pensá-las como possibilidades de movimentos psíquicos entre esses diferentes estados autistas, simbióticos e individuados.

Winnicott e Searles são autores originais, no entanto, de forma alguma, construíram os seus pensamentos de maneira isolada. Nessa estória, tentarei explicitar as interlocuções presentes nos textos desses analistas, sejam elas explícitas ou implícitas. Com isso, pretendo deixar claro que os considero pessoas inseridas na *história da psicanálise*, e não como construtores de outras psicanálises²⁹.

O pensamento de Ferenczi está presente em Winnicott e Searles, mesmo ele não sendo devidamente reconhecido por esses autores³⁰. As proposições de Ferenczi sobre o trauma precoce desestruturante e os seus efeitos no psiquismo, a necessidade de reconhecer, escutar e acolher a criança traumatizada no adulto e a importância da experiência no trabalho analítico, por exemplo, encontram ressonâncias nos

²⁸ Ver Safra (2009a, p.13-14).

²⁹ O trabalho de Gurfinkel (2017) é ótimo exemplo de uma leitura histórica de um autor como Winnicott.

³⁰ Ver Aron (1992), Balbuena (2018), Coelho Junior (2018) e Souffir (2005).

pensamentos de nossos personagens. Além disso, os textos de Searles relacionam-se com a mutualidade e com um dos tipos de trauma que o ambiente pode promover: o terrorismo do sofrimento, uma modalidade de enlouquecimento na qual a criança se torna cuidadora dos pais³¹. Por isso, considerando o nosso objetivo dessa estória, Ferenczi não é um personagem, mas o espírito de seu pensamento está no ar que alimenta os nossos pulmões.

A ilusão compartilhada: o diálogo com Winnicott e Searles

Em “*O brincar e a realidade*”, Winnicott pergunta-se: onde estamos quando vivemos uma experiência cultural? A sua resposta: “o lugar onde a experiência cultural se localiza é o *espaço potencial* entre o indivíduo e o ambiente (originalmente o objeto)”. Afirma Winnicott: “Pode-se dizer o mesmo do brincar. Experiências culturais começam com a vida criativa manifestada inicialmente na brincadeira³²”.

O espaço potencial é um espaço de entrelaçamento entre o *self* e a realidade compartilhada. Winnicott, o autor da constituição e das passagens, insiste neste ponto: é no espaço potencial que podemos ser criativos sem sermos loucos.

Se um adulto exigir de nós que aceitemos a objetividade de seus fenômenos subjetivos, vamos identificar ou diagnosticar um caso de loucura. Entretanto, se o adulto for capaz de desfrutar a área intermediária pessoal sem fazer exigências, seremos capazes de reconhecer nossas próprias áreas intermediárias e ficaremos satisfeitos por encontrar algum grau de sobreposição, isto é, experiências comuns entre membros de um grupo artístico, religioso ou filosófico³³.

A cultura, neste sentido, só poderá ser apreendida no entre, nessa terceira área da experiência, nessa zona de fronteira entre o subjetivo e o objetivamente percebido. Trata-se de um espaço fundamental de criação do novo: “(...) pode-se dizer que esse espaço é sagrado para o indivíduo, pois é aí que ele vive criativamente³⁴”.

Se o brincar é base para a experiência cultural, ele também o é para a psicanálise. É neste sentido que Winnicott considera que o “brincar é natural, enquanto

³¹ Ver Aron (1992) e Searles (1975/1979).

³² Ver Winnicott (1971b/2019, p.162).

³³ Ver Winnicott (1971c/2019, p.33).

³⁴ Ver Winnicott (1971b/2019, p.166).

a psicanálise é um fenômeno altamente sofisticado do século XX³⁵”. A psicanálise, assim, é uma sobreposição entre duas áreas de experiências do brincar.

Ao propor minha tese, muitas vezes percebo que ela é muito simples e que poucas palavras são suficientes para dar conta do assunto. A psicoterapia ocorre na intersecção entre duas áreas do brincar: a do paciente e a do terapeuta. Tem a ver com duas pessoas brincando juntas. O corolário disso é que, quando essa brincadeira não é possível, o trabalho do terapeuta consiste em retirar o paciente de um estado marcado pela incapacidade de brincar e trazê-lo para um estado em que consegue fazê-lo³⁶.

Sendo uma tese um exemplo de produção cultural, podemos nos perguntar: onde estamos quando escrevemos um trabalho desse tipo?

Na escrita de uma tese, nesta tentativa de diálogo entre a tradição que nos precede e a busca de alguma fagulha de inovação, trabalho dedicado à investigação do passado e do presente em busca do porvir, não podemos estar em uma espécie de espaço potencial, em um espaço de brincadeira entre uma produção cultural externa e a nossa ilusão de criação? Lembremos da famosa afirmação de Winnicott sobre a tradição e a inovação.

(...) em qualquer campo cultural, *é impossível ser original, a não ser com base na tradição*. Por outro lado, nenhum produtor de cultura repete o outro — a não ser como citação deliberada —, e o plágio é o pecado mortal do campo cultural. O interjogo entre a originalidade e a aceitação da tradição como base para a criatividade me parece ser apenas mais um exemplo — um exemplo muito empolgante, por sinal — do interjogo entre separação e união³⁷.

Em um estudo de psicanálise, por um lado, se há um respeito reverencial à tradição, um dogmatismo submisso ao discurso da autoridade, não há espaço para a destruição do antigo e a criação do novo; por outro, a desconsideração da tradição, de todo o conhecimento acumulado nestes anos de história da psicanálise, de todos e todas que nos precederam no ofício de cuidar humano, leva-nos à loucura da onipotência. Submeter-se às autoridades teóricas impossibilita a criação; ao passo que desprezar a tradição nos coloca em um estado de loucura que não tem apoio na realidade compartilhada. Duas posturas que são, portanto, indesejadas: a submissão e a

³⁵ Ver Winnicott (1971d/2019, p.74).

³⁶ Ver Winnicott (1971d/2019, p.69).

³⁷ Ver Winnicott (1971b/2019, p.160-161).

onipotência. *Nem só subjetivo; tampouco apenas objetivo. É no interjogo vivido no espaço potencial que a tradição e a inovação podem coexistir.*

Em mundo repleto de teorias, objetos humanos e criações culturais compartilhadas, como possibilitar e sustentar a ilusão de criação das teorias que encontramos, considerando que somente as ideias que foram criadas e encontradas podem nos ser verdadeiramente úteis? Como ousar criar sem anular a tradição?

Uso a noção de *espaço potencial como espécie de metáfora, e não como fenômeno psíquico*, para pensar a posição desse psicanalista narrador e autor. Ao mesmo tempo, um estudo é uma construção social e coletiva e a expressão de algum nível de manifestação do *self* de quem o escreve. Trata-se, assim, em algum nível, de uma tentativa de articulação entre a realidade compartilhada, objetivamente construída, e a experiência ilusória de criação, subjetivamente criada — isso quando tudo ocorre bem, para usar a conhecida frase de Winnicott.

Dedico-me, dessa forma, ao estudo da substância da ilusão, que é permitida ao bebê, que na vida adulta é inerente à arte e à religião, mas que, não obstante, se torna a marca da loucura quando o adulto força demais a credulidade alheia, obrigando as demais pessoas a participar de uma ilusão que não é delas. *Podemos demonstrar respeito pela experiência ilusória e, se assim desejarmos, nos reunir e formar grupos baseados na similaridade de nossas experiências ilusórias. Essa é a uma raiz natural da formação dos grupos de seres humanos*³⁸.

Escrever uma estória é um encontro com muitos outros. Mesmo sendo escrita por uma única pessoa, trata-se de uma produção social e coletiva. Quem a escreve está em constante diálogo com os seus objetos internalizados e com comunidade a qual pertence. Nunca estamos sozinhos quando escrevemos — a não ser que estejamos loucos.

Considerando a ideia metafórica de espaço potencial, e com um profundo respeito à tradição, tento usar algo a criação subjetiva para pensar e escrever. A minha ilusão, que compartilho com vocês para que não se torne loucura de onipotência, é a *construção de um diálogo ilusório com Winnicott e Searles* — eis o que afirmo no começo de nossa conversa: o valor positivo da ilusão.

Como um objeto social e cultural, essa ilusão foi construída em companhia de pessoas significativas que me ajudaram a criá-la e sustentá-la: o grupo de pesquisa

³⁸ Ver Winnicott (1971c/2019, p.16, grifos meus).

Psicanálise Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, coordenado pelo professor Nelson Ernesto Coelho Junior³⁹. Foi nas reuniões desse grupo que surgiu a ideia da estória desse diálogo com Winnicott e Searles.

Sobre o tipo de diálogo

Como realizar um diálogo com os esses personagens autores? Em um primeiro momento, escrevo-lhes uma carta e os convido para o estabelecimento de uma troca de correspondências entre nós. Por estamos em países diferentes, optamos, diante da atual tecnologia que temos à disposição, pela realização de reuniões *online* — outra ideia nascida no grupo de pesquisa Psicanálise Experimental⁴⁰.

Caros leitores e leitoras, vocês também são meus interlocutores e interlocutoras. Esse trabalho é construído em um constante diálogo entre nós. Não posso lhes ouvir, mas posso imaginar seus comentários, as objeções e as perguntas de vocês. Falemos disso.

Sempre gostei dessa conversa fantasiosa entre quem escreve e quem lê. Machado de Assis é genial em trazer o leitor para dentro das linhas de seus contos e romances. O narrador participante nos coloca como testemunhas de sua perspectiva pessoal. Logo no início de *Brás Cubas*, o narrador defunto conversa diretamente conosco, colocando-nos em cena. Como exemplo disto, cito essa passagem:

Morri de uma pneumonia; mas, se lhe disser que foi menos a pneumonia do que uma ideia grandiosa e útil a causa da minha morte, é possível que o leitor me não creia, e, todavia, é verdade. Vou expor-lhe sumariamente o caso. Julgue-o por si mesmo⁴¹.

³⁹ O grupo de pesquisa Psicanálise Experimental, baseado no Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), é orientado pelo analista e professor doutor Nelson Ernesto Coelho Junior. Em sua atual composição, o grupo é formado por Amanda Watson, Bruna Zerbinatti, Cristina Rebello, Daniel Schor, Eugênio Dal Molin, Fabio Brinholli, Fabio Vargas, Florencia Guglielmo, Gisele Senne, Jô Gondar, Marina Bialer, Sérgio Gomes e Thiago Abrantes. Como já consta em meus agradecimentos, as contribuições do grupo foram essenciais para a construção da tese. Por esses e outros motivos, sou imensamente grato ao grupo.

⁴⁰ Agradeço Eugênio Canesin Dal Molin pelo compartilhamento dessa sugestão.

⁴¹ Ver Machado de Assis (1881/2016, p.26).

Na literatura mundial existem outros exemplos de diálogos com o leitor. Machado fora influenciado por dois deles, Laurence Sterne⁴² e Xavier de Maistre⁴³, autores que são citados logo no início de *Brás Cubas*⁴⁴.

Em nossa literatura brasileira, outros autores ousados fizeram brincadeiras com personagens históricos. Lembro-me de Silviano Santiago, com o seu romance “*Machado*⁴⁵”, e João Silverio Trevisan, que, em um de seus romances, criou uma carta de Freud para um dos personagens⁴⁶.

Este estilo, esse diálogo com os leitores e leitora, também faz parte da escrita de Freud. Vemos isso em uma parte de “*O mal-estar na civilização*”. Freud compartilha o que se poderia estar passando em quem o lê, no exato momento da leitura: “alguns leitores deste trabalho podem achar que ouviram demasiadas vezes a fórmula da luta entre Eros e instinto de morte⁴⁷”.

Em nosso meio, Dal Molin, criativamente, usa este tipo de diálogo com os leitores e leitoras de sua tese sobre a violência. Logo no início de seu trabalho, ele conversa diretamente conosco e sugere um método de leitura: “gostaria que o leitor tivesse em mãos uma página na qual, antes do texto propriamente, encontrasse indicações de encenação, como em uma peça⁴⁸”. Dal Molin convida-nos a ler a sua tese como se ela fosse uma peça teatral, estimulando o nosso trabalho imaginativo no próprio momento leitura. É um ótimo exemplo da possibilidade da construção de um trabalho rigoroso, fértil e criativo⁴⁹.

Kahr (2016) é outro analista que ousou criar. Em seu inventivo livro, Kahr ressuscita Winnicott e, em encontros regados a muito chá, realiza entrevistas com ele. Trata-se de um trabalho que, do ponto de vista formal, serviu de inspiração para a minha estória⁵⁰.

⁴² Ver Sterne (1759/2022).

⁴³ Ver Xavier de Maistre (1989).

⁴⁴ Sobre a figura do leitor nos romances de Machado de Assis, indico o texto de Guimarães (2016).

⁴⁵ Ver Santiago (2016).

⁴⁶ Ver Trevisan (1984).

⁴⁷ Ver Freud (1930/2010, p.113).

⁴⁸ Ver Dal Molin (2018, p.10).

⁴⁹ Outro trabalho rigoroso e criativo foi desenvolvido por Kon (2003) em seu livro sobre literatura e psicanálise. A autora criou uma novela sobre uma viagem de trem em que um escritor e alguns médicos, entre eles o ilustre Freud, conversam sobre assuntos fantásticos. Aos interessados, recomendo a leitura do trabalho de Kon.

⁵⁰ O trabalho de Kahr (2016) me inspirou do ponto de vista formal, mas, deliberadamente, optei por não dialogar diretamente com o seu conteúdo. Assim o fiz para não ser influenciado pelo Winnicott criado por Kahr. Fica o meu reconhecimento à originalidade do autor.

Inspirado por esse tipo de conversa ao pé do ouvido, leitores e leitoras, vocês fazem parte dessa estória. Em certos momentos dela, nós nos comunicaremos, assim como estamos fazendo nesse exato momento. Espero contar com a companhia de vocês até o ponto final.

Mais sobre a forma dos diálogos.

Na construção da estória, tomo a liberdade de usar a linguagem de acordo com as situações narradas. Para tanto, em alguns momentos, há o desrespeito deliberado pela norma culta da língua portuguesa.

Tento construir um tipo de diálogo verossímil entre nós. Como se trata de personagens que terão os seus trabalhos citados no decorrer da estória, tive que resolver um problema formal. Apresentar todas as citações, no curso de nossos encontros, prejudicaria o andamento das reuniões. Não explicitar as fontes, contudo, é algo insustentável. Por isso, para fazer citações e apontamentos necessários, utilizo o recurso de notas de rodapé. As citações feitas durante as reuniões estão presentes como parte do diálogo, como verão.

Apresento centenas de notas de rodapé. Tenho clareza de que elas podem prejudicar o acompanhamento de nossas reuniões. Caso o diálogo ilusório tenha sido criado de maneira satisfatória, vocês podem prescindir da leitura dessas notas, pois o conteúdo das reuniões traz material suficiente para compreensão da estória. Essa é uma possibilidade de leitura. Já os leitores e leitoras interessados na verificação e aprofundamento das fontes, indico que leiam as notas.

Esse formato é arriscado, visto que pode se tornar cansativo, mas não encontrei outra forma de construir esse diálogo. Ou corria o risco de ser excessivo em notas de rodapé ou corria o risco de perder o rigor das ideias apresentadas na estória. Opto pelo primeiro deles.

Sobre cada capítulo

Capítulo 1: Uma ilusão compartilhada: sobre o ambiente: conversamos sobre a presença do ambiente humano no trabalho de Winnicott e Searles. Além disso, esse último personagem apresenta as suas ideias sobre o ambiente não-humano.

Capítulo 2: Simbiose, dependência e criatividade: tratamos os usos que Searles faz dos termos *simbiose*, *autismo* e *individuação*; assim como Winnicott pensa e trabalha com as suas ideias sobre a *dependência absoluta*, debruçando-nos sobre os *processos constitutivos* do desenvolvimento emocional primitivo, a *criatividade* e a *ilusão*.

Capítulo 3: Transições e movimentos: avançamos rumo aos temas da dependência relativa, dos fenômenos e dos objetos transicionais e do espaço potencial. Searles apresenta as suas considerações sobre as transições e movimentos entre as fases autista, simbiótica e individuada. O nosso foco é destacar a transição entre os diferentes sentidos de realidade presentes em uma análise.

Capítulo 4: Transferência e experiência: com Winnicott, vemos a intrínseca relação entre experiência, *não-acontecido* e *transferência*. Searles apresenta a sua ideia original de que existe um tipo de relacionamento interpessoal *não-transferencial* no qual a transferência se desenvolverá.

Para ilustrar o tema, Winnicott apresenta vinhetas dos casos da menina que sonhou com a tartaruga, da consulta terapêutica do menino Iiro e de partes da análise do caso B. Searles, por sua vez, usa as vinhetas clínicas dos atendimentos de Joan Douglas.

Capítulo 5: Sobre a contratransferência e capacidade de o analista odiar: primeiramente, apresentamos as contribuições de Winnicott e Searles sobre o tema da contratransferência. No segundo momento, discutimos um tipo de fenômeno contratransferencial específico: o ódio do analista. Com ele, destacamos a improtância clínica da capacidade de o analista odiar.

CAPÍTULO 1

UMA ILUSÃO COMPARTILHADA: SOBRE O AMBIENTE

Caros Dr. Winnicott e Dr. Searles,

Chamo-me Douglas Rodrigo Pereira, sou um psicanalista brasileiro da cidade de São Paulo. Imagino que os senhores estejam surpresos com esta correspondência. Apresentar-lhes-ei a motivação que me fez escrever essa carta.

Sem interlocução, sem troca afetiva e intelectual, torna-se impossível sustentar um trabalho tão complexo e difícil como o nosso; daí decorre a necessidade de dialogarmos com os nossos pares nos inspiram. Como podem notar, esta é a minha tentativa pessoal de estabelecer uma interlocução com dois companheiros — colegas que se sentam ao meu lado na poltrona, sessão após sessão.

O que aprendi com os senhores?

Com o Dr. Winnicott, aprendi uma lição fundamental para a prática clínica: *sentimo-nos verdadeiros e reais se criamos o mundo que encontramos para ser criado*⁵¹. *Criação sustentada por companhia humana que nos possibilita manter em marcha o nosso devir pessoal, em um interminável desdobramento de nosso self, em um contínuo tornar-se a ser.* Aprendi, além disso, a importância da transicionalidade e da brincadeira para a vida humana. No brincar — verbo, gesto e ação no mundo —, ultrapassamos os limites entre a realidade subjetiva e a objetiva: é na terceira área da experiência que essas realidades se articulam⁵². Sem essa articulação entre o subjetivo e o objetivo, por um lado, corremos o risco de nos perdermos dentro de nós mesmos, enlouquecidos em um mundo subjetivo; por outro, se mantivermos os pés pregados no firme chão da realidade objetiva, somos destituídos da capacidade espontânea de vivermos no mundo a partir de nosso *self pessoal e criativo*.

Para mim, Dr. Winnicott, o seu pensamento funciona como um farol que clareia o tortuoso caminho de uma análise. Não há luz possível que ilumine a imensidão do mar — e isso de maneira alguma retira o valor do farol.

⁵¹ Ver Winnicott (1990).

⁵² Ver Winnicott (1971c/2019).

Dr. Searles, por sua vez, ensinou-me como a contratransferência é a bússola que nos guia e nos ajuda a compreender o que se passa na transferência. Em seus textos, a interdependência entre transferência e contratransferência é claríssima⁵³.

É incomum lermos analistas que compartilham vivências em estado bruto — por exemplo, o ódio a um paciente⁵⁴. Alguns profissionais obrigam-se a ser certinhos demais. Transformam-se em figuras caricatas, dotadas de uma normalidade analítica e pretensa profundidade intelectual. Para o bem da psicanálise, os trabalhos, Dr. Searles, não reproduzem o estereótipo do analista supostamente neutro e altamente intelectualizado. Agradeço-lhe por isso.

Com a sua contribuição, afinei os meus ouvidos para captar os esforços dos pacientes para cuidarem do analista — curar o analista para curar os pais enlouquecidos; e assim, somente assim, deixarem de carregar o pesado fardo de serem curadores do mundo⁵⁵.

De diferentes modos, os senhores são autores que consideram *a análise um encontro humano significativo promotor e sustentador de experiências transformadoras*. Ao lê-los, encontro-me nas linhas escritas por vocês, pois a noção de experiência me é caríssima.

Iniciei uma conversa íntima com os senhores, um diálogo interno sobre concordâncias e divergências, estilos e autorias, aproximações e distanciamentos. No curso desse diálogo, vi-me animado com uma ideia: como seria incrível conversar com Winnicott e Searles. Que absurdo! Ora, por que os senhores aceitariam dialogar com um jovem psicanalista brasileiro, um alguém desconhecido que não tem nada a lhes oferecer? Entusiasmei-me, mas, abruptamente, despenquei das nuvens ao chão, indo ao solo e colocando-me em meu lugar — que é, obviamente, bem longe dos senhores.

Como o absurdo é persistente, a ideia desse diálogo desaparecia, mas logo tornava a aparecer, animando o meu espírito. Num dia, acompanhado de pessoas queridas, parceiras do ofício de analisar⁵⁶, alcancei a contribuição que aqui lhes ofereço: *o meu diálogo com os senhores*.

Esse é um convite para que estabeleçamos uma discussão epistolar. Proposta ampla e vaga; mas, se imbuídos de uma genuína necessidade de comunicação,

⁵³ Afirmação corroborada por Ogden (2007/2014).

⁵⁴ Ver Searles (1958/1997).

⁵⁵ Ver Searles (1975/1979).

⁵⁶ Refiro-me ao já citado ao grupo de pesquisa “*Psicanálise Experimental*” do IPUSP, coordenado pelo professor Nelson Ernesto Coelho Junior.

alcançaremos um recorte claro dos temas que discutiremos em nossas cartas. A imprecisão é temporária.

De antemão, afirmo que não tenho nada a acrescentar às teorias dos senhores. Posso, no entanto, orgulhar-me de minha criação pessoal: *o diálogo entre Douglas, Dr. Winnicott e Dr. Searles*.

Sonho que aceitarão o convite e que a minha ilusão pessoal se transformará em uma ilusão compartilhada.

Grato.

Atenciosamente,

Douglas Rodrigo Pereira.

Caros Dr. Searles e Sr. Douglas,

Olá, senhores. Envio-lhes uma única resposta. Foi uma surpresa receber a carta do senhor Douglas Pereira. A proposta de compartilhar conosco a sua ilusão é promissora e capaz de favorecer a construção de um diálogo fértil entre nós três.

Costumo trocar cartas com os meus colegas. Aqui, na sociedade britânica de psicanálise, escrevo para elogiar ou expor as minhas sinceras discordâncias em relação aos trabalhos apresentados nas reuniões científicas. Esse tipo de diálogo epistolar, senhor Douglas, é-me familiar e de bom grado.

Num momento difícil para a nossa sociedade de psicanálise, no meio da disputa bélica entre os seguidores das senhoras Melanie Klein e Anna Freud, compartilhei a minha opinião sobre o conflito entre elas. Não obtive êxito em minha tentativa de acalmar os ânimos dos adeptos dessas ilustres analistas. Mesmo com a dificuldade real em enfraquecer os “ismos” que infestavam a sociedade, foi-me necessário comunicar a minha divergência em relação à situação de disputa entre os dois grupos rígidos e fechados⁵⁷.

Refiro-me a essa parte de nossa história em Londres para sublinhar o meu gosto pela comunicação por meio das cartas; além de afirmar a minha necessidade de expor, por escrito, meus elogios e críticas.

⁵⁷ São conhecidas as cartas que Winnicott escreveu neste período em que as controvérsias na Sociedade Britânica de Psicanálise estavam em ebulição. Menciono uma passagem da correspondência de 3 de junho de 1954 endereçada às senhoras Melanie Klein e Anna Freud: “Ao escrever esta carta preocupo-me com o futuro e com o fato de que qualquer um de nós pode morrer. Considero como de importância absolutamente vital para o futuro da Sociedade que as senhoras dissolvam os grupos naquilo que tenham de oficial. Ninguém pode dissolvê-los a não ser as senhoras, e isso apenas enquanto estiverem vivas. Se por acaso vierem a morrer, então o grupo oficialmente reconhecido na nomenclatura se tornaria totalmente rígido, e se passaria uma geração ou mais até que a Sociedade pudesse se recuperar desse desastre que seria um bloqueio fundamental, não na ciência, mas em personalidades ou até mesmo, eu diria, em política, já que os grupos originais foram constructos justificáveis, embora defensivos” (WINNICOTT, 2005, p.89). Em 17 de novembro de 1952, Winnicott escreveu outra conhecida carta para Klein. Diz ele: “Não tenho nenhuma dificuldade para dizer, do fundo do coração, a qualquer um que me pergunte, que você é a melhor analista, assim como a mais criativa no movimento analítico. O que você, porém, não enfrenta é a oposição ao kleianismo, que eu costumava achar que era simplesmente uma invenção de [Edward] Glover, mas que agora tenho de admitir que existe, na condição de uma barreira ao desenvolvimento do pensamento científico na Sociedade, assim como o darwinismo o foi para o desenvolvimento da biologia, profundamente estimulado pela obra do próprio Darwin. Suponho que esse seja um fenômeno que sempre se repete, e que pode esperar que se repita sempre que houver um pensador realmente grande e original; surge aí um “ismo” que se torna um inconveniente” (2005, p. 46). Nos trechos citados, além da sinceridade intelectual e pessoal, reconhecemos outra marca do estilo de Winnicott: a sua repulsa aos sectarismos e rigidez de pensamento. O que torna ainda mais curiosa a formação de grupos winnicottianos fechados e dogmáticos — a vida sempre é mais complexa do que a teoria.

De minha parte, o convite está aceito. Dr. Searles, espero que o aceite prontamente. O senhor Douglas presenteou-nos com uma ótima oportunidade para nos aproximarmos. Não a desperdicemos, meu caro colega.

Aguardo notícias.

Atenciosamente,

D. W. Winnicott.

Caros Dr. Winnicott e Sr. Douglas,

Nunca imaginei receber uma correspondência deste tipo. Comunicar-se desta maneira com autoridades como nós, analistas mundialmente conhecidos? Ousado, senhor Douglas, ousado.

Em todo caso, agradeço-lhe por essa ousadia, pois ela me aproxima do Dr. Winnicott, interlocutor importante e analista com o qual sempre aprendo, ainda que não seja um winnicottiano ou qualquer coisa assim. Desde sempre, admiro muitíssimo seu trabalho, inclusive cito o senhor em vários de meus artigos, e cheguei a escrever um longo texto sobre os objetos transicionais e a simbiose terapêutica⁵⁸.

Gostei da resenha que o senhor e senhora Sylvia Pane fizeram de minha monografia sobre o ambiente não-humano no desenvolvimento normal e na esquizofrenia, meu primeiro livro publicado, publicação esta realizada em 1960, onze anos depois de ter iniciado o meu trabalho no Chestnut Lodge — hospital que me abrigou como profissional até 1964⁵⁹.

O senhor, Dr. Winnicott, leu alguns de meus artigos, assim como a senhora Margaret Little e o senhor⁶⁰ Masud Khan⁶¹ o fizeram. Esse último comentou o meu livro sobre a contratransferência e fez-me elogios, em um reconhecimento de minha autoridade no tratamento de pacientes esquizofrênicos. Como pode perceber, esse tipo de reconhecimento é importante para mim, Dr. Winnicott⁶².

Já Herbert Rosenfeld leu apenas dois de meus trabalhos e citou-me, equivocadamente, num de seus textos, o que me fez escrever uma carta, publicada em 1970 no “*International Journal of Psychoanalysis*”, criticando-o. Rosenfeld, em seu

⁵⁸ Ver Searles (1976/1979).

⁵⁹ Trata-se de uma resenha publicada no “*International Journal*” em 1963. A resenha de “*The non-human environment in normal development and in schizophrenia*” possui duas partes, a primeira escrita por Sylvia Payne, e a segunda por Winnicott (1963a/2005).

⁶⁰Em sua resenha de “*Collected papers on schizophrenia and related subjects*” (SEARLES, 1965a), Margaret Little (1967) escreveu uma análise cuidadosa do trabalho de Searles. Ela destacou a honestidade de Searles e sua aguda capacidade de trabalhar analiticamente com casos tão graves. Mesmo tecendo vários elogios ao livro, Little considerou-o um tanto confuso, muito longo e estruturado de maneira inadequada, o que dificulta a sua leitura. Uma inconsistência apontada por Little foi a falta de referência ao artigo “*Confusão de línguas*” (FERENCZI, 1933/2011) e aos textos de Winnicott pós-1949. Essa resenha é um exemplo do modo como o trabalho de Searles foi reconhecido por importantes analistas europeus.

⁶¹Na resenha do livro “*Countertransference and Related Subjects*” (SEARLES, 1979), Masud Khan (1981), outro eminente analista da sociedade britânica de psicanálise, fez elogios ao trabalho de Searles. Em seu breve texto, Khan sublinhou o estilo clínico aguçado de Searles.

⁶² Nas entrevistas com Langs, Searles deixa clara a sua necessidade pessoal de reconhecimento (LANGS; SEARLES, 1980).

texto, mencionou o meu livro sobre a esquizofrenia, mas desconsiderou o que escrevi em minha monografia sobre o ambiente não-humano, por exemplo. Ele foi um péssimo leitor⁶³.

Eu aceito o convite, senhor Douglas. Não o conheço o senhor, mas não perderia a oportunidade de conversar com o meu ilustre colega inglês.

Como procederemos?

Aguardo as informações necessárias para darmos continuidade à nossa troca de cartas.

Não demore a nos dar notícias, senhor Douglas, por favor. Deixou-me ansioso para conversar com o Dr. Winnicott.

Atenciosamente,

Harold.

⁶³ Rosenfeld (1969) não demonstrou muito interesse pelo trabalho de Searles. Numa revisão da literatura analítica sobre a psicose, ele citou apenas dois textos de Searles e afirmou que o analista americano produziu os seus artigos de uma maneira muito próxima a Frieda Fromm-Reichmann — afirmação desaprovada por Searles. De fato, apenas o artigo sobre a dependência na esquizofrenia (1955/1965) foi feito em parceria com uma equipe de analistas na qual estava Fromm-Reichmann. Quanto ao pensamento clínico de Searles, Rosenfeld criticou o uso do termo simbiose. Searles, por sua vez, escreveu uma carta pública para Rosenfeld. Para o americano, o artigo de Rosenfeld é descuidado e impreciso. Neste pequeno debate com Rosenfeld, vemos uma característica que considero importante no estilo do analista Searles: a sua necessidade de produzir ideias próprias e lutar para que elas conquistem lugar de relevância na literatura analítica.

Caros Dr. Winnicott e Dr. Searles,

A ilusão pessoal foi transformada numa ilusão compartilhada. Alegra-me vivê-la em companhias tão estimadas.

Estamos separados por milhares de quilômetros, e as cartas percorrem um longo trajeto até alcançarem os seus destinos. Em nosso primeiro contato, os senhores me enviaram as respostas com apenas dois dias de diferença entre elas, conforme identifiquei nas informações dos correios, mas recebi a carta do Dr. Searles doze dias depois da correspondência enviada pelo Dr. Winnicott. Esse intervalo entre as respostas dificultará o nosso diálogo. Em minha empolgação, escrevi-lhes sem me atentar para a difícil logística postal. O que fazer?

Inicialmente, propus-lhes uma comunicação epistolar, e vocês a aceitaram neste molde. Não obstante, considero imprescindível encontrarmos um meio mais ágil de comunicação. Sugiro que façamos as nossas reuniões *on-line*. O que pensam sobre isso? Não sei qual é a experiência dos senhores com os recursos digitais. Caso tenham dificuldades, posso lhes ajudar com a tecnologia. É simples: por *e-mail* ou *Whatsapp*, envio-lhes o endereço da reunião, aí os senhores clicam nele e, prontamente, começamos o nosso encontro virtual. É fácilimo.

Caso aceitem, peço-lhes que me mandem os endereços de seus *e-mails*. Estabeleçamos, também, uma data e um horário para a nossa primeira reunião *on line*.

Espero que esta nova proposta, reuniões no formato *on-line*, não os faça recusar o convite.

Aguardo as respostas dos senhores.

Atenciosamente do Brasil,

Douglas Rodrigo Pereira.

Caros Dr. Winnicott e Sr. Douglas,

Eu odeio a internet; definitivamente, senhor Douglas, eu odeio a internet. É chatíssimo ficar olhando para a tela de um computador, fico aborrecido com isso. Ah, que tecnologia infernal. Entretanto, o senhor Douglas tem razão, seria demorado estabelecermos um diálogo por meio de cartas, e não estamos mais nos velhos tempos, não somos Freud ou Fliess. Tenho dificuldades em trabalhar com a tecnologia, ainda mais com o meu problema nos olhos. Não sei se vocês sabem, mas sou quase cego e uso óculos com muitos graus⁶⁴. Mas, como não há outro jeito, que a tecnologia nos ajude. Aceito participar das reuniões on-line, a despeito de meu desgosto por qualquer tipo de tela.

Se for possível para os senhores, sugiro que façamos a reunião no final do próximo mês, em qualquer horário e dia no período da tarde, no fuso dos Estados Unidos. Tenho atendido os meus pacientes pela manhã. A velhice me impede de trabalhar mais do que um período. Que tal na última sexta-feira de setembro, às 15 horas em meu horário local?

Este é o meu e-mail, senhor Douglas: searles-harold@gmail.com.

Aguardo as respostas.

Atenciosamente,

Harold.

⁶⁴Em comunicação pessoal, a psiquiatra e psicanalista americana Ann-Louise Silver, que fora paciente de nosso interlocutor americano, informou-me que, nos anos 90, Searles teve um grave problema ocular que o impediu de clinicar, visto que perdera a capacidade de manter os cuidados básicos para se manter em segurança. Segundo ela, certa vez, Searles estava indo para o seu consultório e quase foi atropelado por um veículo. Agradeço Ann-Louise Silver pelas informações compartilhadas.

Caros Dr. Searles e Sr. Douglas Pereira,

Trabalhemos neste novo formato, senhor Douglas. E estou de acordo com a data e o horário proposto, Dr. Searles.

Que estejamos bem, despertos e vivos, e que possamos ser nós mesmos nesta ilusão compartilhada⁶⁵.

Senhor Douglas, aguardamos o seu *e-mail* no dia de nosso encontro. Pelo o que o senhor nos disse, receberemos o *link* para a conversa um pouco antes do horário de nossa reunião, se estou correto.

Segue o endereço de meu e-mail: dwwinnicott@gmail.com

Atenciosamente,

D.W. Winnicott.

⁶⁵ Ver Winnicott (1962a/2022).

Caros Dr. Winnicott e Dr. Searles,

A modalidade *on-line* é a mais adequada para o nosso diálogo, pois ela nos permite interagir em tempo real. Agradeço-lhes por terem aceitado a mudança de nosso meio de comunicação. Não irão se arrepender disso.

Dr. Searles, aceito o dia e o horário proposto pelo senhor. Obrigado pela sugestão.

Uma hora antes do horário de nossa reunião, mandar-lhes-ei o endereço por *e-mail*. Aí, senhores, basta clicarem nele. Tudo muito simples e rápido. Para não nos desencontrarmos, estejamos atentos às diferenças de nossos fusos horários.

Como a nossa reunião está confirmada, não enviarei mais cartas aos senhores. O meu *e-mail* é este: pereira.dougrodrigo@gmail.com.

Até breve, senhores.

Atenciosamente,

Douglas Rodrigo Pereira

Quinze de setembro dum ano qualquer...num mundo virtual...

Douglas: Boa tarde, Dr. Searles. Prazer em conhecê-lo. Como o senhor está?

Searles: Boa tarde, senhor Douglas.
Dr. Winnicott não chegou? Você tem notícias dele?

Douglas: Acredito que ele chegará em breve, Dr. Searles.

Searles: Aguardemos.

(Silêncio)

Douglas: O senhor me vê e me ouve bem?

Searles: Perfeitamente, senhor Douglas.

(Silêncio)

Douglas: Vejo-lhe bem também.

(Silêncio)

Douglas: Foi fácil usar o *link* que te envi...envi...foi fácil usar o *link* que enviei para o senhor?

Searles: Sim, senhor Douglas, impressionantemente, sim. Não tive dificuldade para acessar a nossa sala de reunião.

Douglas: Ótimo, Dr. Sear...Dr. Searles, *on-line*, não tenha dúvida, alcançaremos...é... digo, conseguiremos, por assim dizer, uma agilidade, uma agilidade em nosso diálo...go que a troca de cartas não nos proporcio...proporcionaria.

Searles: Assim espero, senhor Douglas. Apesar de minha persistente resistência às novidades, eu, um velho analista, um homem com muitas décadas vividas, formado noutro contexto histórico, sou obrigado a me adequar ao espírito dos novos tempos.

(Longo silêncio)

Douglas: Dr. Searles...

Searles: Diga.

Douglas: Eu agradeço que o senhor tenha aceito, digo aceitado, quer dizer aceito...ou aceitado participar dessa reunião *on-line*. Nunca imaginei estar aqui conversando com o senhor desta maneira, é um privilégio para mim um jovem analista de São Paulo, e já digo que não tenho muito o que oferecer numa con...conversa, numa conversa com analistas tão conhecidos e cativantes como o senhor e o senhor Winnicott, e eu quero flisar...flisar...frisar isso Dr. Searles. E quero destacar como eu me sinto feliz e lisonjeado e ale...alegre por estar aqui e ter se disposto a dialogar comi...comigo e entre vocês, Dr. Winnicott e Dr. Searles, é assim que eu vejo essa situação neste momento. Estou aqui para ajudar vocês na conversa. Ajudá-los...ajudá-los-ei da melhor maneira possível Dr. Searles e espero que Dr. Winnicott recon...reconhe...reconhec...

Searles: Hum.

(Longo silêncio)

Douglas: Não sei se já houveram...digo não sei já houve nenhuma...não sei se houve alguma reun...reuni...reunião deste tipo entre analist...analista...analistas de tal po...por...porte como e importância como os senhores Dr. Searles e Dr. Winnicott. Eu sei que estamos num...numa discussão entres psicanalistas e temos o costume de escrever, escrever textos ou artigos que nos ajudam a manter a clareza de

pensa...pen...a cra..clareza de pen...a clareza de exposição como se estivéssemos num evento. Todavia, eu não... não tive... eu não pude, não consegui fazer um texto um artigo para ler para o Dr. Winnicott e o Dr. Searles, e isso é péssimo, mas eu considero que consegui...conseguiremos manter man...manter...manter a...

Searles: Manter o quê?

(Silêncio)

Douglas: Manter-me-ei atento durante a reunião para conseguir fazer com que o Dr. Winnicott e o Dr. Searles aproveitem esse nosso papo quero dizer essa reunião ou esse nosso encontro...encontro cien...científico...

Searles: Fale devagar, senhor Douglas.

(Silêncio)

Douglas: Hmmm.

(Longo silêncio)

Douglas: Vamos do início.

Searles: Ora, por favor.

Douglas: Dr. Searles, posso chamá-lo pelo o seu nome?

Searles: Sim.

Douglas: Ótimo!

Searles: Você está conversando com um analista, que apesar de ser referência mundial no tratamento de pacientes psicóticos, não é a rainha da Inglaterra.

Douglas: Desculpe-me; sem formalidades. Assim eu me sinto mais livre para conversar. De forma alguma isso diminui o meu respeito e a minha consideração pelo senhor, Dr. Searles. Sustentar uma formalidade forçada, Searles, me levaria a uma existência artificialmente construída.

Searles: Pois vamos libertar as nossas línguas do uso obrigatório da norma culta e coisas desse tipo.

Douglas: Que alívio, que alívio! Eu não iria suportar me obrigar a usar mesóclises ou coisa que o valha. Sentir-me-ia incomodado, excelentíssimo Dr. Searles.

(Risos)

Douglas: A partir de agora, você me entenderá, Searles.

Searles: Não aguentava mais ouvir você. Quase mando uma mensagem para Winnicott: “Não apareça nessa reunião, esse cara do Brasil é chato, muito chato, um porre!”.

(Risos)

Douglas: Dr. Winnicott chegou.

Searles: Estava na hora.

Douglas: Vou liberar a entrada dele na reunião. Peraí, peraí, Searles.

Searles: Claro.

Douglas: Calma aí, calma aí. Foi; beleza.

Winnicott: Olá, senhores. Ouvem-me bem?

Searles: Ouvimos-lhe, Dr. Winnicott.

Winnicott: E a minha imagem está nítida?

Douglas: Sim, Dr. Winnicott.

Winnicott: Obrigado.

Boa tarde, senhores. Perdoem-me pelo meu atraso. A minha internet estava lentíssima. Com sorte, ela voltou à sua velocidade habitual.

Douglas: Começamos agora, Dr. Winnicott. Você não se atrasou nem cinco minutos, não se preocupe.

Winnicott: Mas um atraso, senhor Douglas, é sempre um atraso.

Searles: Dr. Winnicott, sinto-me honrado com a sua presença.

Winnicott: Um prazer encontrá-lo, Dr. Searles. Eis aqui uma ótima oportunidade para conversarmos.

Conversar com o senhor Douglas também me interessa, pois não temos muitas oportunidades de entrar em contato com analistas da América do Sul. Emilio Rodrigué, analista argentino, esteve conosco em Londres, e me lembro como ele deu uma palestra que produziu efeitos positivos na plateia.

Douglas: Rodrigué morou no Brasil.

Winnicott: Numa linguagem até então mortificada, ele conseguiu ser original⁶⁶.

⁶⁶ Ver carta de 17 de março de 1955 (WINNICOTT, 2005). Sobre Rodrigué, Winnicott escreveu: “(...) o que torna sua exposição tão interessante, em contraposição a tantas outras que são insípidas, é que se sente que quando o senhor enuncia as teorias de Klein não apenas as descobre como também as inventa (ou cria, poder-se-ia dizer). É por este último elemento em seu trabalho que, além de apresentar a obra de sra. Klein e de Freud de um modo novo, é provável que o senhor produza trabalho original” (p.105).

(Breve silêncio)

Bem, ontem à noite, tivemos uma ótima reunião científica em nossa sociedade. Foram lidos trabalhos vigorosos de analistas admiráveis, pessoas que dedicaram a mostrar importância dos pais reais, do ambiente num sentido amplo, na vida do bebê e da criança.

Na saída desse evento na sociedade de psicanálise, encontrei Masud Khan e eu lhe disse como estou animado com a nossa reunião de hoje. Khan se mostrou entusiasmadíssimo com essa inesperada conversa entre nós três. Prometi-lhe que, em nosso próximo encontro matinal de domingo⁶⁷, apresentarei um resumo desse nosso diálogo *on-line*. Ele não vê hora de estar comigo no próximo final de semana.

Douglas: Dr. Winnicott...

Winnicott: Pois não, senhor Douglas.

Douglas: Dr. Winnicott, permi...permita-me chamá-lo pelo seu nome, num intencional abandono do uso da formalidade “doutor ou senhor”? Desejo sentir-me livre e disposto para exercer a minha espontaneidade. A obrigação formal me aprisiona numa tarefa distante de meu modo pessoal de ser. Caso rum...caso entr...caso caminhe na direção de tal imposição subjetiva ingló...digo inglória, ao invés de espontaneidade, vocês encontrarão inibi...inibição neurótica.

Searles: Oh, pelo amor de Deus, Donald, aceite logo a proposta de Douglas.

Winnicott: Mas por que esse desespero para que eu a aceite, Dr. Searles?

Douglas: É que...

⁶⁷ Ver Khan (1991).

Searles: Por nada, Dr. Winnicott, por nada. Acredito que o senhor aceitará a proposta, não é?

Winnicott: O modo coloquial de se referir aos colegas é incomum nas discussões científicas, mas não vejo problema nisso. Como não estamos numa discussão desse tipo, ou em nossas sociedades ou num congresso ou palestra, fale como quiser, Douglas.

Douglas: Obrigado, Donald.

Winnicott: Se Dr. Searles não se incomodar, podemos nos expressar da mesma maneira e destituir quaisquer imposições formais — imposições que seriam estranhas numa conversa aberta como a que teremos hoje.

Searles: Oh, sim, nada de compromisso com as coisas graves.

Douglas: As palavras se moldam às circunstâncias. Sejam rigorosos com as ideias e livres com as palavras.

Winnicott: Harold? Harold? Não conseguimos lhe ouvir. Você nos ouve? Douglas, você o vê gesticular?

Douglas: Sim, Donald, mas o microfone dele continua desligado.

Winnicott: Você está mudo, Harold.

(Silêncio)

Douglas: Harold? Harold? Aperte o ícone do microfone vermelho que está na parte inferior de seu computador. Esse é o botão que reativa o seu som.

Winnicott: Bem no cantinho da tela, Harold.

(Silêncio)

Winnicott: Nada ainda?

Searles: Porra de tecnologia!

Winnicott: O seu microfone foi restabelecido, meu caro. Ouvimos cada letra das palavras que você nos disse.

(Risos)

Douglas: O que você falou quando o seu microfone estava fechado?

Searles: Reclamava da tecnologia.

Winnicott: A virtualidade me interessa, mas estou ao seu lado, meu caro, quanto à dificuldade com o imenso aparato digital que temos à nossa disposição.

Douglas: A tecnologia nos permite realizar algo que antes era impossível: estarmos juntos, cada um em seu país, conversando e reclamando dessa mesma tecnologia.

Winnicott: Reclamações tecnológicas intercontinentais.

(Risos)

Winnicott: E como estão as coisas por aí nos Estados Unidos, Harold?

Searles: Ainda mantenho as minhas atividades, dou aulas, faço análises e entrevistas de ensino, mas com menor intensidade, já que não tenho mais meus bons 30 ou 40 anos.

Sylvia e as crianças estão bem.

E por aí, Donald, em terras inglesas?

Winnicott: Os conflitos na sociedade de psicanálise se mantêm, aqueles entre os adeptos de Klein e Anna Freud, mas há espaço para pessoas desinteressadas nessa briga — como eu, Masud Khan, Marion Milner, Margaret Little, Balint e Fairbairn, etc.

Clare e eu continuamos vivos e brincando. Ela sempre recita poemas para mim — e eu adoro quando ela faz isso⁶⁸.

Assim como Khan, Clare entusiasmou-se com o nosso encontro *on-line*. Perguntou-me: “Donald, vocês falarão exatamente sobre o quê?” Eu lhe disse: “Não sei, Clare, mas está tudo bem, o nosso caminho será construído no momento mesmo da reunião”.

Searles: Sylvia perguntou-me o mesmo, Donald, e a minha resposta foi parecida com a sua.

Winnicott: Vamos sustentar juntos essa ilusão.

(Breve silêncio)

Douglas: Sugiro que iniciemos pelo tema do ambiente.

Searles: Mas isso é falar do universo, pois tenho muitos textos escritos, e publico artigos desde o início década de 50. Implícita ou explicitamente, o tema do ambiente, o humano e o não-humano, está presente nesses vários de meus trabalhos publicados em revistas especializadas de psicanálise e psiquiatria.

Douglas: É possível discutir temas clínicos fundamentais — penso na transferência e na contratransferência — sem que tenhamos nos debruçado sobre as bases que sustentam as teorias de vocês? Não, obviamente. Por isso, proponho a vocês que conversemos sobre o ambiente — visto que ele é basal e atravessa o pensamento de ambos.

Me parece um bom começo, não acham?

⁶⁸ Ver Clare Winnicott (2005).

Winnicott: Sim, é de grande proveito para a psicanálise que o ambiente seja discutido.

Douglas: Para mim, o nosso encontro tem dois objetivos: 1) *possibilitar a constituição dum espaço criativo de compartilhamento de ideias, críticas, convergências e divergências*; e 2) *fazer uma apresentação panorâmica do tema do ambiente nos pensamentos de vocês*. Quando uso a palavra panorâmica, me refiro a um voo de reconhecimento de nosso terreno de trabalho. Um voo inicial, imprescindível, atencioso e cuidadoso.

Passeamos pelos textos, sem nenhum compromisso com a cronologia dos artigos. As nossas associações nos guiarão.

Delimitei o objeto do nosso encontro?

Searles: Tenho uma dúvida, Douglas: qual seria o nosso foco de leitura? ,

Douglas: Não vejo proveito em nos focarmos numa discussão psicopatológica. É evidente que tocaremos na psicopatologia, pois vocês escreveram seus trabalhos a partir da experiência clínica com certos tipos de adoecimentos — por exemplo, é impossível apreender o pensamento clínico de Harold sem que haja o mínimo de compreensão da maneira como você conceitua a esquizofrenia. Da mesma forma que as complexas formulações de Winnicott apenas serão compreendidas se tivermos a clareza do seu trabalho com pacientes *borderlines* e psicóticos; além, obviamente, de sua experiência como pediatra e analista de crianças.

Winnicott: Então qual é a sua sugestão?

Douglas: *Apresentar e discutir a presença do tema do ambiente no pensamento de vocês, independentemente dos diferentes quadros psicopatológicos. Falaremos, necessariamente, sobre adoecimentos de natureza psicótica. Mas o nosso foco é o ambiente, e, portanto, a psicopatologia nos serve como meio para chegarmos ao nosso fim.*

Searles: Não sei se isso delimita muita coisa, mas vá lá.

Winnicott: Estejamos livres para nos comunicarmos ao nosso modo, ou até mesmo para não nos comunicarmos, caso assim nos convenha⁶⁹.

Douglas: Por essa ser a nossa primeira experiência *on-line* juntos, um tanto de desorganização é inevitável.

Winnicott: Brinquemos, façamos como no jogo do rabisco. Cada um dará a sua contribuição pessoal para a conversa, completando o desenho iniciado pelo outro.

Douglas: No fim de nosso papo, me esforçarei para realizar uma síntese organizadora de nossos rabiscos — como se estivéssemos dispendo os desenhos no chão, um ao lado do outro, para reconhecermos a nossa criação conjunta.

(Breve silêncio)

Douglas: Ah, outra coisa: em momentos oportunos, farei citações diretas e indiretas de alguns textos. Isso incomoda vocês?

Winnicott: Essas leituras podem ser chatas. Faça-as apenas quando forem imprescindíveis para o desenvolvimento de nossa conversa, por favor.

Douglas: Para justificar o uso que faço das citações, recorro ao que aprendi com Donald: a existência da necessidade humana de criar um modo próprio, singular e pessoal de ser e viver no mundo⁷⁰. As citações compõem parte de meu estilo pessoal.

⁶⁹ Ver Winnicott (1963b/2022).

⁷⁰ Ver Winnicott (1945/2000).

Winnicott: Que se expresse do seu jeito, mesmo que isso o torne chato e irritante. Se me for necessário, expressarei todo o meu ódio por você.

(Risos)

Douglas: Vou me preparar para isso.

(Risos)

Douglas: Conversaremos sobre teorias, mas assim faremos, pelo menos em minha imaginação, encarnados em nosso trabalho clínico.

Searles: A clínica é soberana, deixo isso claro em meus artigos⁷¹.

Winnicott: Vocês me conhecem e sabem que não sou um intelectual ou algo do tipo. Sempre fui e serei um pediatra e psicanalista praticante.

Douglas: Num empolgante livro sobre a história do *jazz*, o historiador — e ótimo escritor — Eric Hobsbawm fez o seguinte comentário:

À “obra de arte” especialmente apreciada chamamos obra-prima, uma categoria totalmente independente da execução. Ninguém diminui o valor de *Figaro* porque uma sociedade operística amadora de Lesser Wigston a toca de maneira execrável. Com o *jazz* a coisa simplesmente não funciona assim. *A sua arte não é reproduzida, mas criada, e existe apenas no momento da criação*⁷².

De fato, a psicanálise possui similaridade com o *jazz* e os seus improvisos musicais. Por mais que nos esforcemos para comunicar o que se passa numa análise, nunca alcançaremos a totalidade da experiência clínica, pois essa última é como um improviso criado pela dupla analítica, criação que é experimentada no instante mesmo de sua duração. Penso nas teorias analíticas como se fossem escalas, arpejos e frases. Na hora do show, o nosso estudo musical serve como ferramentas que nos

⁷¹ Ver, por exemplo, Searles (1965).

⁷² Ver Hobsbawm (1990, pp.148-149).

ajudam a compreender as diferentes harmonias, o que nos permite improvisar num duo com o paciente. E as possibilidades harmônicas são infinitas. Nos sentimos mais livres e preparados para improvisar em determinados estilos do que noutros. Existem aqueles que são *rock*, *funk* e *soul*, como eu; enquanto outros se encontram no *jazz*, *fusion* ou música brasileira.

Sobre a improvisação, me lembrei duma parte dum excelente livro sobre história do jazz que acabo de comprar.

É essencial à improvisação não só uma benévola relação com a espontaneidade, mas também certa atitude positiva que permite ao músico acreditar no êxito de sua execução, não obstante todas as surpresas e problemas que podem surgir a partir de uma situação musicalmente aberta. Essa atitude implica a ideia de que pretensos erros não são erros, mas janelas abertas para um mundo novo e até então oculto. Janelas que podem ser destrancadas quando o “erro” é integrado de modo coerente na totalidade conclusa e logicamente ordenada. “Jazz é uma forma de se colocar diante da vida”, disse Paul F. Berliner⁷³.

Desejo que a nossa discussão seja um estudo das escalas, intervalos e arpejos; um estudo que nos possibilitará improvisar pessoalmente ao nosso modo⁷⁴.

Winnicott: Ah, a música. Mesmo que eu não tenha tido tempo para me desen volver plenamente no piano, no intervalo entre os pacientes, costumo tocar algo, e sempre celebro o final do dia de trabalho com alguma música intensa⁷⁵.

⁷³ Ver Berendt & Huesmann (2014, p.189, grifos meus).

⁷⁴ Ainda sobre a improvisação no jazz e a sessão de análise, Gerber e Figueiredo (2018), no livro de introdução ao pensamento de Bion, fazem a interessante consideração: “Numa entrevista recente perguntaram a Nelson Freire, nosso maior pianista, o que gostava de ouvir em seus momentos de ócio criativo, e ele respondeu “Jazz”. Sua resposta nos suscitou algumas conjecturas imaginativas que puderam nos auxiliar nessa apresentação da *psicanálise estética* proposta por Bion; sua obra pode ser vista como uma apologia da psicanálise como uma arte, ou talvez uma ciência artística. Voltando a Nelson Freire, permitimo-nos imaginar que esse encamento pelo jazz viesse particularmente de seu inerete *improviso*. Palavras como “improviso” ou “improvisação” dão margem a diferentes sentidos, desde um desleixo, falta de preparo adequado, de cuidado, uma “gambiarra”, até um sentido muito apreciativo, e é este que queremos enfatizar tanto no jazz como na fala de Nelson: uma capacidade de recriar livremente todo o estudo, prática, conhecido, vividos, desapegando-se dos registros conscientes, indispensáveis na sua estuturação, e se entregar à memória inconsciente onde todas as nossas experiências emocionais estão registradas em permanente recriação como matéria-prima de nossa síntese pessoal, de nossa criatividade. Cada nova interpretação é um improviso, e o improviso é essencialmente novo, seja uma interpretação musical, seja uma interpretação psicanalítica” (p.22, grifos dos autores).

⁷⁵ Ver Clare Winnicott (2005).

Douglas: Que maravilha, Winnicott. Tento fazer o mesmo e tocar a minha guitarra, mesmo que por apenas alguns minutos por dia. A vida não é possível sem música.

Winnicott: Harold, por gentileza, comece o nosso estudo musical.

Searles: Vamos lá.

Exponho a essência de minha monografia sobre o ambiente não-humano. Trata-se dum livro extenso, repleto de conteúdo, mas a sua tese principal pode ser apresentada sinteticamente, apesar das mais de 400 páginas escritas.

Winnicott: É um livro original e admirável.

Searles: Obrigado, Donald.

No início da década de 50, eu comecei a pensar e escrever sobre o ambiente não-humano, mas só consegui publicar a minha monografia muitos anos depois, já em 1960⁷⁶, e esse é o meu primeiro livro, como devem saber.

Discuti a minha ideia principal com Frieda Fromm-Reichmann, analista mundialmente reconhecida, que nessa época fazia parte da equipe do Chestnut Lodge, e ela me encorajou a escrever o trabalho; e foi por meio de sua ajuda que consegui uma bolsa para a produção da monografia⁷⁷; agradeço Frieda essa sua contribuição. Passados muitos anos desde a publicação do livro, considero que se trata dum trabalho de valor.

O ambiente humano e a relação dinâmica interpessoal são importantes temas para a psicanálise, sobre isso não temos dúvidas. Quando escrevi a monografia, a literatura analítica sobre as vicissitudes da interação entre os humanos era vasta. Naquele momento histórico, na década de 50, o que chamo de ambiente não-humano, contudo, não recebera o merecido

⁷⁶Apesar de Searles ter escrito vários artigos na década de 50, o seu primeiro livro, “*The nonhuman environment in normal development and in schizophrenia*”, foi publicado apenas em 1960.

⁷⁷Searles (1960) agradece Frieda Fromm-Reichmann pelo incentivo pessoal e por tê-lo ajudado a obter a bolsa de pesquisa que financiou o seu estudo sobre o ambiente não-humano.

destaque em nossas pesquisas⁷⁸, e a minha monografia foi uma tentativa de contribuir para o conhecimento do ambiente que não é humano, mas, ainda assim, é importante em nossas vidas. Desconsideramos o ambiente não-humano no qual estamos inseridos, como se nós fôssemos filhos únicos de algum criador.

Douglas: A prepotência humana nos faz desprezar o fato de sermos seres no mundo — seres em permanente relação com o meio ambiente do qual fazemos parte⁷⁹. Uma merda.

Winnicott: Infelizmente, isso é um fato.

Searles: Os pacientes esquizofrênicos foram os meus professores, e a minha monografia foi o resultado do que aprendi com eles.

Douglas: Logo no prefácio do livro, Harold, identificamos uma característica de seu estilo como analista e autor: a implicação pessoal em tudo que pensa e escreve. Num tom intimista, você compartilha conosco algo de sua experiência pessoal com o seu ambiente não-humano. Lemos:

Provavelmente, para todos que acham a vida mais gentil do que cruel, a terra de sua juventude é uma terra dourada; a juventude é uma época dourada da vida. Certamente, para mim, a região de Catskill, no norte do estado de Nova York, possui um encanto imortal, uma beleza e uma afirmação da bondade da vida que farão parte de mim enquanto eu viver. Desde que consigo me lembrar, sinto que o significado da vida reside não apenas na minha relação com minha mãe, meu pai, minha irmã e outras pessoas, mas na relação com a própria terra — as colinas verdejantes ou cobertas de outono, os lagos incontáveis, os rios. Nos anos seguintes, a vida tão diferente nas cidades — Boston, Nova York, San Francisco, Washington — mostrou-me que o “ambiente não-humano” aqui é igualmente encantador e profundamente significativo para a vida de alguém. Seja em ambientes predominantemente naturais ou predominantemente construídos pelo homem, descobri que momentos de profunda afinidade com o ambiente não-humano

⁷⁸ Ver Searles (1960).

⁷⁹A preocupação de Searles com o tema do ambiente não-humano é tamanha que ele escreveu um artigo sobre a crise ambiental. Não me cabe aqui expor os argumentos de Searles. Aos interessados, indico o texto “*Unconscious processes in relation to the environmental crisis*” (1972a/1979).

devem ser contados entre aqueles momentos em que se bebe mais profundamente do significado completo da vida⁸⁰.

Searles: O ambiente não-humano, ou seja, as coisas da natureza, as pedras, os rios, as montanhas, as árvores e os animais, assim como os objetos inanimados, móveis, edifícios e casas etc, possuem um valor em nossa constituição pessoal.

Douglas: Cito esse outro trecho:

A tese deste volume é que o ambiente não-humano, longe de ter pouca ou nenhuma importância para o desenvolvimento da personalidade humana, constitui um dos ingredientes mais importantes da existência psicológica. É minha convicção de que há dentro do indivíduo humano um sentido, seja em um nível consciente ou inconsciente, *de relação com o ambiente não-humano*, que essa relação é um dos fatos transcendentais importantes da vida humana, que — como em outras importantes circunstâncias da existência humana — é fonte de sentimentos ambivalentes para ele, e que, finalmente, se ele tentar ignorar a sua importância para si, ele o faz com risco para o seu bem-estar psicológico⁸¹.

Searles: A literatura analítica tende a considerar os objetos não-humanos apenas como matéria para projeções; não nego a existência das projeções, não seria louco de fazer isso, ainda mais trabalhando com pacientes abertamente delirantes, mas o que ênfase é a legitimidade dos animais

⁸⁰ Searles (1960, p.ix e x, tradução minha). No original: “Probably for every one who has found life to be more kindly than cruel, the land of his youth is a golden land; youth is such a golden time of life. Certainly for me the Catskill region of upstate New York possesses an undying enchantment, a beauty and an affirmation of life’s goodness which will be part of me as long as I live. For as far back as I can recall, I have felt that life’s meaning resided not only in my relatedness with my mother and father and sister and other persons, but in relatedness with the land itself—the verdant or autumn — tapestried or stark and snow-covered hills, the uncounted lakes, the rivers. In subsequent years, the so-different life in cities — Boston, New York, San Francisco, Washington—has shown me that the “nonhuman environment” here is equally enchanting and profoundly meaningful to one’s living. Whether in surroundings that are largely natural or largely man-made, I have found that moments of deeply felt kinship with one’s nonhuman environment are to be counted among those moments when one has drunk deepest of the whole of life’s meaning.”

⁸¹ Searles (1960, pp. 5-6, tradução minha, grifos do autor). No original: “The thesis of this volume is that the nonhuman environment, far from being of little or no account to human personality development, constitutes one of the most basically important ingredients of human psychological existence. It is my conviction that there is within the human individual a sense, whether at a conscious or unconscious level, of *relatedness to his nonhuman environment*, that this relatedness is one of the transcendentally important facts of human living, that—as with other very important circumstances in human existence—it is a source of ambivalent feelings to him, and that, finally, if he tries to ignore its importance to himself, he does so at peril to his psychological well-being”.

como animais, e não apenas como alvo de projeções humanas. Um cão continua sendo um cão, independentemente do que projetamos nele⁸².

Winnicott: De maneira distinta, nós dois estávamos tratando do ambiente que existe além da onipotência. Em Londres, na década de 60, desenvolvi uma parte considerável de meus trabalhos sobre a dependência e o papel do ambiente no desenvolvimento do bebê e da criança.

Searles: É verdade, Donald, alguns analistas se preocupavam com esse tema, mas o ambiente não-humano fora negligenciado.

Winnicott: Eu não poderia ouvi-lo sem reivindicar o meu interesse pelo ambiente. Calar-me seria me trair. Reconheço a sua originalidade, mas, a meu modo, eu também estava interessado na relação entre a vida humana e o meio ambiente.

Searles: Nessa monografia, esse livro de 1960, levantei a hipótese dum tipo de indiferenciação precoce entre o humano e o não-humano⁸³.

Douglas: À primeira vista, essa ideia me pareceu estranha: nascemos indiferenciados do ambiente não-humano? Como assim? Mas, depois de compreender melhor os seus trabalhos, Harold, reconheci como ela é coerente com a prática clínica desenvolvida por um analista de psicóticos. O paciente esquizofrênico, predominantemente, não tem condições de diferenciar Eu e não-Eu, objetivo e subjetivo, pensamento e ação, humano e não-humano. Atender pacientes esquizofrênicos coloca o analista diante do fenômeno da indiferenciação — não há como escapar dele⁸⁴.

Searles: O desenvolvimento de minhas ideias seguiu o caminho aberto por essa monografia de 1960; mesmo que depois eu tenha alcançado um

⁸² Em nosso meio, Penteadó (2021) faz uma interessante discussão sobre a relação entre os seres humanos e os cães. Aos interessados, indico a leitura de seu trabalho.

⁸³ Ver Searles (1960).

⁸⁴ Ver Searles (1960).

pensamento mais complexo, a tese central de meu livro continua válida para mim⁸⁵.

Winnicott: Você já disse isso, mas permanece a dúvida.

Searles: Diga, Donald.

Winnicott: Qual é a tese que permanece em seu pensamento, passados vários anos da publicação do livro?

Searles: *A ideia de que nascemos, em algum nível, indiferenciados do ambiente humano e não-humano.* Nessa monografia, eu tinha a pretensão de destacar outra tese, a saber, que o ambiente não-humano é de extrema importância para o nosso desenvolvimento psicológico, mas, infelizmente, no emaranhado de temas discutidos no livro, sinto que me perdi em demonstrar, detalhadamente, o papel do ambiente não-humano em nossa vida, independentemente de quaisquer considerações psicopatológicas.

Winnicott: Obrigado pelo esclarecimento.

Searles: Os pacientes esquizofrênicos me mostraram como, em momentos de regressão extrema, eles poderiam se misturar com o ambiente não-humano⁸⁶.

Douglas: Aqui, penso eu, há quase um paradoxo winnicottiano: *lutamos para estarmos minimamente separados do ambiente humano e não-humano, numa busca pela constituição pessoal individuada, mas nunca seremos totalmente diferenciados, pois somos seres constituídos nessa mistura com o mundo. Existimos imersos num permanente processo de diferenciação e indiferenciação, visto que somos porosos ao mundo e aos outros humanos. Vivemos neste movimento de ir e vir.*

⁸⁵ Ver Searles (1960; 1971/1979).

⁸⁶ Ver Searles (1960).

Searles: Por tratar de pacientes esquizofrênicos, é natural que eu tenha me interessado sobre a natureza da relação inicial entre o ser humano e o ambiente não-humano, o mundo de maneira mais ampla, podemos assim dizer⁸⁷. É coerente que os fenômenos da indiferenciação e da não-integração foram objetos de meu pensamento, visto que ambos fazem parte da sintomatologia esquizofrênica; e, descritivamente, a esquizofrenia pode ser compreendida como um tipo de patologia na qual a diferenciação e a integração estão prejudicadas, já que o paciente esquizofrênico não conseguiu alcançar a capacidade de ser uma pessoa separada. A integração diz respeito à capacidade de reunir as experiências de si e com o mundo circundante. O paciente esquizofrênico vive como se as suas experiências fossem diferentes ilhas isoladas. A diferenciação, por sua vez, refere-se à capacidade de nos discriminarmos do ambiente humano e não-humano; e, além disso, ter a capacidade de diferenciar pensamento e ação, concreto e abstrato, realidade e fantasia⁸⁸. Isso que acabo de falar pode gerar um equívoco de interpretação, e por isso, meus colegas, preciso deixar algo muito claro: a identidade, tal qual a vejo em minha teoria, é múltipla, formada por uma miríade de introjetos. Em meu trabalho clínico, estou atento às possíveis linhas de comunicação entre essas partes dissociadas. Não acredito numa identidade total e unitária. Repito: somos múltiplos⁸⁹.

Douglas: Em parte, o pensamento original de vocês é uma tentativa de compreensão das condições necessárias para que possamos nos constituir como humanos. De diferentes maneiras, ambos tentam responder à pergunta: *como nos tornamos humanos, relacionando-se pessoalmente com os outros e com o mundo? Utilizando a linguagem de Winnicott, quais são as condições para o humano ser e continuar sendo?* As palavras de Gilberto Safra, analista de São Paulo interessado no tema do originário e nas condições necessárias para o ser humano existir,

⁸⁷ Ver Searles (1960).

⁸⁸ Ver Searles (1959a/1965; 1959b/1965).

⁸⁹ Ver Searles (1966-1967/1979).

sublinha a preocupação de Winnicott com o acontecer humano — acontecer que ocorre na companhia dos outros.

E toda a questão de Winnicott, os grandes casos sobre os quais ele se atém, justamente, são exemplares de pessoas que não tinham acontecido como seres humanos. É uma clínica que enfoca esse registro ontológico⁹⁰. No momento em que Winnicott lança seu princípio fundamental: “*não existe um bebê sem a sua mãe, o ser humano acontece com outro*”, nós temos uma ontologia que também revela o registro ético da experiência humana. É uma ontologia que é a própria ética. Ética não no sentido de um princípio moral, mas sim como os elementos que possibilitam o estabelecimento, a morada humana, o aparecimento do humano. Uma vez estilhaçados, são elementos que estilham a ética⁹¹.

Winnicott: Os bebês humanos só podem vir-a-ser se encontrarem certas condições de provisão ambiental⁹².

Douglas: O ser humano acontece com o outro — princípio que, a meu ver, está presente nos pensamentos clínicos de vocês.

Winnicott: Tive contato tanto com bebês e famílias adoecidas, quanto com pacientes psicóticos adultos, nos quadros de esquizofrenia deflagrada ou em pessoas que podemos considerar *borderline*, também chamadas de esquizofrênicas latentes⁹³. O problema dessas pessoas não podia ser enquadrado dentro duma teoria feita a partir dos casos de neurose de transferência⁹⁴. Para compreendê-los, precisávamos pensar sobre os bebês e o seu ambiente.

Searles: Numa dada experiência clínica, o terapeuta, em relação simbiótica com o paciente, esse mesmo terapeuta que é alguém, aparentemente, diferenciado dos outros e do mundo, precisa, por meio da evolução da

⁹⁰ Não cabe aqui discutir ontologia do ponto de vista filosófico. O que Safra (2007) sublinha é o papel do originário no pensamento de Winnicott. Aos interessados no tema da ontologia em psicanálise, Ogden (2019) é outro autor que considera Winnicott um representante de um tipo de psicanálise ontológica, focada na experiência de ser e vir-a-ser, interessada no processo contínuo de tornar-se si mesmo.

⁹¹ Safra (2007, p.54).

⁹² Ver Winnicott (1960a/2022).

⁹³ O quadro conhecido como *borderline*, por vezes, é tratado como esquizofrenia latente.

⁹⁴ Ver Winnicott (1955-1956/2000).

análise, ser capaz de desenvolver uma imagem de si, tanto num nível inconsciente quanto consciente, como sendo distinto da pessoa com a qual está num relacionamento simbiótico⁹⁵.

Douglas: Você já lançou no ar o tema da simbiose⁹⁶.

Searles: Ora, Douglas, não tínhamos combinado que nos moveríamos livremente por nossos textos? Por ter em mente esse acordo, introduzi o tema simbiose na reunião, que me é tão caro, como sabem, considerando que vocês são leitores de meus trabalhos, pelo menos assim espero e imagino, visto que ambos são admiradores de meus textos.

Douglas, você que se vire para traçar alguma linha de continuidade em nossa conversa. Você a propôs; o problema é seu.

Winnicott: Concordo com essa sugestão, Harold. Deixemos esse trabalho para o nosso jovem colega.

(Risos)

Douglas: Tentarei fazer isso, deixem comigo.
Harold, a sua última afirmação ficou confusa.

Winnicott: Digo o mesmo.

Searles: Estou perdido. Vocês se referem a qual parte?

Winnicott: Àquela sobre o analista estar em simbiose com o paciente.

Douglas: Veja se foi isso que você quis nos comunicar: mesmo o analista, que aparentemente possui um Eu minimamente integrado e diferenciado, viverá, numa relação simbiótica com o paciente, momentos de

⁹⁵ Ver Searles (1961a/1965).

⁹⁶ O pensamento de Searles é tributário às concepções de Margaret Mahler (1968) sobre a simbiose. Falaremos de Mahler na próxima reunião.

indiferenciação. No processo de análise, o analista precisará, aos poucos, ser capaz tanto de viver a simbiose com o paciente, quanto de conquistar a sua capacidade de ser uma pessoa diferenciada⁹⁷.

Searles: Você está correto, foi isso mesmo que eu quis transmitir.

Winnicott: Espere aí, temos um desacordo com o uso do termo simbiose, já que ele é fácil demais e diz respeito mais à vida vegetal e animal do que ao modo como os humanos se desenvolvem⁹⁸. Não gosto dele, pois o considero pouco adequado para nos referirmos aos processos iniciais da vida dos bebês⁹⁹.

Searles: O conceito de simbiose terapêutica é imprescindível para mim.

Douglas: Obrigado.

Winnicott: Obrigado?

Searles: Você nos agradece por discordarmos quanto ao uso do termo simbiose?

Douglas: A divergência de vocês é a melhor justificativa para sustentar a minha sugestão de realizarmos outras reuniões. Um único encontro é insuficiente...

Winnicott: Ah, havia dúvidas de que faríamos outros encontros? Ora, eu ainda nem apresentei as minhas ideias. Isso mostra como o relógio é um objeto externo a nós. Ele não respeita a nossa onipotência.

Searles: Eu me disponho a participar de outras reuniões.

Douglas: Como teremos outros encontros, vamos focar no ambiente?

⁹⁷ Ver Searles (1961a/1965).

⁹⁸ Ver Winnicott (1956/2000).

⁹⁹ Ver Winnicott (2005).

Winnicott: Harold, interrompi você para expressar a minha crítica ao uso do termo simbiose. Continue, por favor.

Searles: Caramba, onde parei?

Winnicott: Você desenvolvia a sua ideia de que não somos totalmente diferenciados do ambiente não-humano.

Searles: Ah sim, obrigado por me localizar.

O terapeuta realiza o esforço para alcançar um estado de individuação, ou seja, diferenciar-se do paciente e existir como uma pessoa separada; mas ambos, paciente e terapeuta, só podem estar separados depois de terem experimentado uma simbiose¹⁰⁰.

Douglas: Tomo a liberdade de desdobrar o seu pensamento, Harold. Se o analista vive uma estranheza nos atendimentos de pacientes esquizofrênicos, se pode considerar que ele experimenta algum nível de indiferenciação, isto é, um estado psicológico no qual as barreiras egoicas e perceptivas foram diminuídas e a separação Eu/outro foi, em alguma medida, anulada, mesmo que momentaneamente.

Searles: Na mesma monografia de 1960 — ainda estamos nela — apresentei uma hipótese que parece estranha, mas que considero consistente: o desenvolvimento do Eu recapitula a história da filogênese humana, ou seja, em cada um de nós, em nosso desenvolvimento pessoal, haveria uma espécie de reprodução de nossa evolução como seres vivos, partindo dum mundo inorgânico, prosseguindo, em seguida, para o mundo das matérias vivas mais elementares, até o advento de nossa própria vida como humanos¹⁰¹.

Douglas: Sobre isso, este trecho nos ajuda a entender a sua afirmação:

¹⁰⁰ Ver Searles (1961a/1965).

¹⁰¹ Ver Searles (1960).

Não estou querendo dizer, é claro, que o ego individual, ao longo de seu desenvolvimento, vivencia sua existência como sendo a de, por exemplo, cada uma das formas sucessivas de vida no tronco da árvore evolutiva. Mas acredito que, em linhas gerais, uma recapitulação desse tipo realmente ocorre, ou seja, que os primeiros rudimentos do ego humano podem experimentar a existência como sendo totalmente inorgânica, totalmente inanimada, incluindo a si mesmo, seguido por fases posteriores de se experimentar como algo vivo, mas ainda não humano, e somente mais tarde, experimentando a consciência de si mesmo como um ser humano vivo e individual¹⁰².

Searles: Sugiro que lutamos contra uma tendência regressiva ao retorno ao estado de indiferenciação com o ambiente não-humano; e isso acontece como uma forma escapar dos conflitos inerentes à vida, visto que, regressiva e defensivamente, somos levados ao abandono de nossa existência como seres humanos individuais¹⁰³.

Winnicott: Regredir a um estado não-humano?

Searles: Exatamente, exatamente. Se, por um lado, em nosso desenvolvimento, caminhamos na direção da constituição como seres humanos separados dos demais, por outro, a meu ver, carregamos a possibilidade de regredir aos estados de indiferenciação — essa foi uma das lições que aprendi com os meus pacientes esquizofrênicos que viviam misturados com o ambiente não-humano.

Douglas: Para mim, neste livro, você usa o método especulativo de produzir pensamento em psicanálise, tal qual encontramos em “*Thalassa*¹⁰⁴” e “*Além do princípio de prazer*¹⁰⁵”. Você cita esses dois textos, mas não os usa em seus principais argumentos.

¹⁰²Ver Searles (1960, p.40, tradução minha). No original: “I do not mean, of course, that the individual ego, in the course of its development, experiences its existence as being that of, for example, each and every successive form of life in the trunk of the evolutionary tree. But I do believe that in its broad outlines such a recapitulation does actually take place, namely, that the earliest rudiments of the human ego may experience existence as being totally inorganic, totally inanimate, including itself, followed by later phases of experiencing itself as something living but not yet human, and only later still experiencing an awareness of oneself as a living, individual human being”.

¹⁰³ Ver Searles (1960).

¹⁰⁴Quanto ao tema da regressão, seria de bom proveito algum trabalho de aproximação entre os textos “*Thalassa*” (FERENCZI, 1924/2011) e a monografia sobre o ambiente não-humano (SEARLES, 1960).

¹⁰⁵Ver “*Thalassa*” (FERENCZI, 1924/2011) e “*Além do princípio de prazer*” (FREUD, 1920/2010).

Aliás, Ferenczi é um autor que você poderia citar com mais frequência, pois existe um elo entre vocês, sobretudo quanto à contratransferência e à mutualidade¹⁰⁶. Inclusive, Harold, consideraram o seu pensamento uma resposta americana aos problemas clínicos enfrentados pelo analista húngaro¹⁰⁷.

Searles: Não conheço tanto Ferenczi.

Douglas: Donald, compartilho a opinião de que o seu trabalho também está alinhado com o pensamento de Ferenczi. É impressionante a proximidade entre as suas proposições e as dele. Vocês estão interessados nos efeitos dos traumatismos precoces, no papel do ambiente na constituição humana e nas modificações técnicas necessárias para o atendimento de casos de pacientes graves. Existem inúmeras diferenças entre vocês, mas a proximidade é evidente¹⁰⁸.

Winnicott: Eu o cito em algumas passagens de meus trabalhos, mas, de fato, não faço muitas referências aos textos de Ferenczi¹⁰⁹. Talvez essa seja a expressão duma de minhas falhas pessoais: construir o pensamento ao meu estilo, usando minhas palavras, me impede de relacioná-lo com as contribuições de outros autores. Reconheço isso¹¹⁰.

Douglas: Várias pessoas reconhecem como vocês estão alinhados com as ideias de Ferenczi. No Brasil, por exemplo, Luis Claudio Figueiredo e Nelson

¹⁰⁶ Ver Aron (1992) e Coelho Junior (2018).

¹⁰⁷ Ver Aron (1992).

¹⁰⁸ Ver Coelho Junior (2018) e Naffah Neto (2019).

¹⁰⁹ Rodman (2003) cita uma afirmação de Enid Balint sobre o receio de Winnicott em ser influenciado por Ferenczi. “Winnicott disse abertamente que não queria ler Ferenczi, por exemplo, porque ele queria pensar por si mesmo” (p.407, tradução minha). Sobre a angústia de influência em Winnicott, indico o trabalho de Franco (2019).

¹¹⁰Na palestra intitulada “*D.W.W. sobre D.W.W.*”, Winnicott (1967/2005), em uma revisão sobre o seu percurso profissional, reconhece que não articular o seu pensamento com as contribuições de outros autores é uma falha. “À medida que o tempo ia passando, dei-me conta, cada vez mais, de quanto eu havia perdido por não haver correlacionado apropriadamente o meu trabalho com o trabalho de outros. Isso é não apenas irritante para as outras pessoas, mas é rude também, e significou que o que eu disse ficou isolado e as pessoas tiveram de dar-se a um monte de trabalho para chegar a ele. Acontece que é esse o meu temperamento e constitui uma grande falha” (p.437).

Coelho Junior¹¹¹, analistas de São Paulo, fizeram uma ótima organização das ideias psicanalíticas e mostraram como vocês estão inseridos na matriz ferencziana de compreensão do ser humano e da prática analítica¹¹².

Olha, vocês se beneficiariam muito com a leitura de Ferenczi, sobretudo dos artigos da etapa final de sua obra¹¹³.

(Silêncio)

Douglas: Me desculpem a indicação dos textos de outro autor.

Winnicott: Admiro colegas que fazem consistentes resenhas históricas sobre importantes conceitos e autores, tal como Michael Balint fez sobre o tema do narcisismo em Freud¹¹⁴. Definitivamente, esse não é o meu jeito, e acho que também não é o do Harold; e talvez não seja um jeito pior do que os outros. Eu acabo pegando isso e aquilo, transporto o que furtei de meus colegas para a minha experiência clínica, e só depois vejo de quem roubei o quê. Bem ou mal, este sou eu, D.W.Winnicott¹¹⁵.

¹¹¹Ver Figueiredo & Coelho Junior, 2018.

¹¹² A inserção de Winnicott e Searles na tradição ferencziana foi exposta na introdução.

¹¹³ Ver os trabalhos de Ferenczi (1928a/2011; 1928b/2011; 1929/2011; 1931/2011; 1933/2011).

¹¹⁴Ver Winnicott (2005), carta de 1960 enviada para Balint.

¹¹⁵ Em “*O desenvolvimento emocional primitivo*” (1945/2000), lemos: “não pretendo apresentar em primeiro lugar uma resenha histórica, mostrando o desenvolvimento de minhas ideias a partir das teorias de outras pessoas. O que ocorre é que eu junto isto e aquilo, aqui e ali, volto-me para a experiência clínica, formo minhas próprias teorias e então, em último lugar, passo a ter interesse em descobrir de onde roubei o quê. Talvez este seja um método tão bom quanto qualquer outro” (p.218). Na introdução do livro “*Da pediatria à psicanálise*”, Masud Khan (1958/2000) relata uma curiosa situação que envolve o estilo do ser humano Winnicott. “Ele era capaz de aprender com os outros apenas quando isto o levava a perceber mais aguda ou amplamente a si próprio. Lembro-me de tê-lo procurado um domingo de manhã com o livro *Freud and The Crisis of our Time*, do Prof. Lionel Trilling, insistindo para que o lesse. Ele escondeu o rosto entre as mãos, parou, contorceu-se, ficando visível novamente, e disse: “Não adianta me pedir para ler nada, Masud. Se o livro me aborrece, caio no sono no meio da primeira página. E se me interessa, eu começarei a reescrevê-lo no fim daquela página”. É claro que estava brincando, tanto comigo quanto consigo mesmo, e para isso ele era um tanto endiabrado. Mas estava dizendo a verdade, e a verdade conosco, seres humanos, só funciona através da metáfora ou do paradoxo. A precisão matemática é a medida das máquinas, mas não um índice da veracidade humana” (p. 17). Um ainda jovem Winnicott (2005) escreveu em 1919, numa carta para a sua irmã Violet: “Posso lhe oferecer algumas explicações sobre esse método que Freud elaborou de modo tão inteligente para a cura de distúrbios mentais? Vou expor tudo isso de modo extremamente simples. Se houver algo que não seja absolutamente simples para a compreensão de qualquer um, quero que me conte, porque agora estou praticando para algum dia ser capaz de ajudar a apresentar o tema a ingleses, de modo que a pessoa em questão possa entender” (p. 4). Faço essas longas citações, leitores e leitoras, para destacar algo do estilo de Winnicott como analista e escritor: a sua necessidade de pensar e se comunicar de maneira pessoal, a despeito do prejuízo comunicacional que tal procedimento estilístico pode ocasionar.

Searles: Não gostei do resultado de minha monografia, pois o vasto material que utilizei prejudicou o aproveitamento da minha tese central.

Douglas: Considero o seu livro original, mas de difícil leitura. Há um excesso de texto e assuntos que confundem o leitor¹¹⁶; mas a amplitude do trabalho não diminui a sua inventividade. Pela complexidade do livro, tratamos do que me parece ser indispensável para a continuidade de nosso diálogo: a existência do fenômeno de indiferenciação entre humano e o ambiente não-humano.

(Silêncio)

Douglas: Me desculpem a interferência. Mas ainda nos resta a tarefa de trocar algumas palavras sobre o ambiente humano.

Winnicott: Imagine se alguém estivesse nos ouvindo e pensasse: “e o ambiente humano, Searles não vai falar nada sobre ele”?

Searles: É claro que o ambiente humano é importante em meu trabalho. Continuo...

Winnicott: Assim como você, anseio as palavras, Harold.

(Breve silêncio)

Searles: Calar não é um verbo que conjugo com frequência.
Prossiga, Donald, prossiga.

Winnicott: Começo com a minha resenha de seu livro. A senhora Sylvia Payne e eu dividimos a autoria desse texto; ela se responsabilizou pela primeira parte

¹¹⁶ Trata-se dum livro extenso, com muitas ramificações, às vezes confusas e demasiadamente amplas. Pela amplitude e complexidade do trabalho, ative-me ao que considero essencial para darmos continuidade ao nosso diálogo: a existência do fenômeno de indiferenciação entre humano e o ambiente não-humano.

e eu escrevi a segunda; exponho a minha parcela de contribuição, portanto.

Douglas: No início da resenha, você escreveu:

As ideias, tal como a Palavra, podem cair em solo pedregoso, ou serem recebidas em terreno bom e produzirem frutos. Uma ideia original precisa de uma audiência e a boa audiência consiste daqueles que já tiveram a ideia: eles ficam contentes por a terem formulada, e zangados também por haver sido perdida uma oportunidade de reivindicar prioridade. Dessa maneira, é difícil de avaliar e atribuir a originalidade, e cada criador, até certo ponto, é um copista. Gosto de fazer parte da audiência, parte do solo bom que faz este trabalho de Searles produzir frutos¹¹⁷.

Douglas: Me parece, que além de promover a interlocução com Harold, você teve o objetivo de proteger, não deixar cair em solo pedregoso e infértil, um tema que lhe é caro: *o papel do ambiente na constituição dos seres humanos*. Hoje, no atual estado da arte da psicanálise, o papel do ambiente e dos objetos na constituição subjetiva e na condução das análises é ponto pacífico. Mas, como bem sabemos, nem sempre foi assim.

Winnicott: A ideia dum ambiente não-humano é uma maneira de expressar a dependência absoluta do bebê em relação ao ambiente. No início, o bebê não tem condições de reconhecer a existência da mãe.

Douglas: Sim, bom citar as suas palavras:

Quero dizer que este meio ambiente não-humano pode ser encarado como uma extensão do meio ambiente que é a mãe, anteriormente à chegada do bebê aos relacionamentos objetais, com investimentos psicoenergéticos do id. Desenvolvi este tema em termos de capacidade ou qualidade de relacionamento do ego, e em termos de dependência dupla. Por esta última quero significar o relacionamento do bebê com fenômenos ambientais de que o bebê não tem possibilidade de estar ciente, de maneira que, mais tarde, o bebê agora chegado à infância ou ao estado adulto não é capaz de reproduzi-lo como um padrão a revelar-se em uma transferência analítica. Em outras palavras, o meio ambiente a que me refiro no conceito de dependência dupla é um

¹¹⁷ Ver Winnicott (1963a/2005, p.362).

ambiente que, essencialmente, não é constituído por projeções. Mais tarde, o indivíduo pode chegar a um reconhecimento disto em uma aceitação sofisticada da realidade ‘partilhada’¹¹⁸.

Winnicott: O livro do Searles oferece frutos para quem o lê, mas discordo quanto ao uso do termo ambiente não-humano, pois você está se referindo ao meio ambiente humano não-projetivo. Reinterpreto o tema do livro de Searles com base em minha maneira de ver as coisas. O essencial do que quero comunicar diz respeito ao fato de que, no início da vida, o bebê vive num estado de unidade com a mãe, mas ele ainda não tem maturidade para se relacionar com ela como um objeto¹¹⁹.

Douglas, você lê o trecho da resenha que começa assim: “*A unicidade inicial*”. Está no final dela.

Douglas: Vou procurar aqui, um segundo.

(Silêncio)

Douglas: Pronto, aqui está.

A unicidade inicial do estágio que precede a separação, pelo bebê, entre mãe e *self*, aquilo que aparece na enfermidade psicótica como uma fusão, é uma unicidade não com uma pessoa, nem, tampouco, com um objeto; trata-se de uma unicidade com o meio ambiente não-humano ou, como eu gostaria de chamá-lo, um meio ambiente não-projetivo. Desta maneira, o estudo de Searles é de grande importância para a compreensão das necessidades do esquizofrênico e também dos fenômenos que se acham a operar silenciosamente na maternagem comum suficientemente boa¹²⁰.

Winnicott: Obrigado, Douglas.

As ideias de Harold sobre o ambiente não-humano são interessantes, já que ele nos oferece ferramentas para entendermos as primeiras experiências do que chamo, em minha própria linguagem, de ambiente não-projetivo. Imagino que você não aceite a maneira de ver as coisas,

¹¹⁸ Ver Winnicott (1963a/2005, p.363).

¹¹⁹ Ver Winnicott (1990).

¹²⁰ Ver Winnicott (1963a/2005, p.364).

mas o meu ponto de vista em nada modifica o valor de seu livro original e necessário.

É claro que concordo que o ambiente não-humano é importante, faz diferença se nascemos aqui ou acolá, ou se um objeto material tem esta ou aquela qualidade física¹²¹. Concordamos nisso. A minha discordância está na maneira como o Harold teoriza o ambiente não-humano.

Searles: Nós dois, Donald, pensamos o ser humano em contato com o mundo que o cerca, não o vemos de maneira isolada. É isso que nos importa.

Douglas: Donald, a sua imagem está paralisada e não conseguimos ouvir você. Ainda está por aí?

Searles: Donald? Winnicott?

Douglas: Espero que a conexão dele não tenha caído.

(Silêncio)

Winnicott: Oi, oi, olá. Escutam-me?

Searles: Nossa, ainda bem que você voltou.

Winnicott: As suas imagens ficaram paralisadas para mim, com caretas engraçadas, olhos arregalados, bocas abertas, bochechas inchadas. Elas não favoreçam a beleza de vocês.

(Risos)

¹²¹ Sobre a materialidade dos objetos na clínica, indico o trabalho de Stanchi (2014). No que se refere a um desenvolvimento da tradição de Winnicott quanto aos objetos materiais, encontramos em Safra (2005b) um pensamento original. Ele nos apresenta o que denomina objetos do *self*. “Esse tipo de objeto presentifica um estilo de ser, princípios da vida da pessoa que o cria aperceptivamente. Costumeiramente, ele aparece muito cedo na vida de alguém. Frequentemente, é constituído no campo da realidade subjetiva para, gradualmente, ter o lugar de objeto transicional em direção ao caminho para a realidade compartilhada” (p.139). Safra afirma: “O *objeto de self* encarna o estilo de ser do indivíduo no mundo sensorial” (p.140, grifos do autor).

Winnicott: Retomo a palavra.

Douglas: Por favor.

Winnicott: A minha profissão médica me pôs em contato com mães reais e seus bebês, o que me fez reconhecer como o ambiente possui um valor inestimável no desenvolvimento dos seres humanos¹²². Mantenho o meu trabalho no Paddington Green Children's Hospital, em Londres, e foi nesse contexto hospitalar que tive a oportunidade de atender bebês e mães com inúmeros tipos de queixas.

Searles: Eu, como psiquiatra no Chestnut Lodge, e você, Donald, como pediatra em Londres, formamo-nos em meio ao trabalho médico hospitalar.

Douglas: Analistas para além das paredes de seus consultórios particulares. Donald teve contato direto com as mães e seus bebês, matéria prima para a pesquisa sobre os processos psíquicos precoces; e Harold, por sua vez, baseado em seu trabalho com esquizofrênicos, encontrou solo fértil para desenvolver o seu pensamento sobre o início da vida humana.

Winnicott: O ser humano é dependente do ambiente, sobretudo no começo da vida, momento no qual ainda não podemos nos referir às relações de objeto propriamente ditas¹²³. Mas o que poderia existir antes da relação objetal?

¹²² O jovem pediatra Winnicott (1931/2000) estava atento aos fenômenos emocionais de seus pequenos pacientes. Como exemplo disso, cito uma passagem de um capítulo de seu primeiro livro, "*Clinical notes on disorders of childhood*": "tomando um exemplo bastante grosseiro, é bem comum que uma criança de dois ou três anos fique muito transtornada quando nasce um irmão ou uma irmã. À medida que avança a gravidez da mãe, ou quando surge o recém-nascido, uma criança que até aqui era robusta e não tinha motivo algum para sentir-se mal se torna infeliz e temporariamente magra e pálida, e passa a apresentar outros sintomas, tais como enurese, irritabilidade, náusea, constipação ou congestão nasal. Se uma doença física ocorrer nessa época — por exemplo uma pneumonia, coqueluche ou gastroenterite — é possível que a convalescença se prolongue anormalmente" (p.57).

¹²³ Dias (2012) resume bem as características do ambiente: "O conceito winnicottiano de "ambiente" inicial deve ser entendido segundo seus dois aspectos essenciais: a) ele não é externo nem interno; b) ele é a instância que sustenta e responde à dependência: o bebê necessita totalmente de um outro *que ainda não é um outro*, separado ou externo a ele. Encontra-se, aqui, embutida a ideia, cujo alcance psicológico e filosófico está ainda por ser devidamente apreciado, de que a realidade do si-mesmo e realidade do mundo são constituídas ao longo do processo de amadurecimento, no *interior da relação mãe-bebê*. A constituição do eu, concomitantemente à constituição da realidade intrapsíquica e da realidade externa, só se dá na relação com o outro; o si-mesmo do bebê emerge, necessariamente, de dentro da unidade bebê-mãe" (p.127, grifos da autora).

Essa pergunta me levou a acreditar numa unidade inicial mãe-bebê¹²⁴. Do ponto de visto do observador externo, que vê uma mãe e o seu bebê, temos duas pessoas em interação; mas, do ponto de vista do bebê, não há nada além da experiência de ser e continuar sendo.

Douglas: Só há a realidade do *self*¹²⁵. O ambiente não é nem interno nem externo. Ainda que o bebê não possa, e não deva, nada saber sobre a existência do ambiente, esse último o sustenta¹²⁶.

Winnicott: Numa reunião em nossa sociedade, vi-me dizendo: “isso que chamam de bebê não existe¹²⁷”. O que existe é um bebê e uma mãe, ou alguém no lugar dela, que cuida dele.

Douglas: Essa frase é muito citada, mas não sei em qual texto ela está.

Winnicott: Procure em “*Ansiedade associada à insegurança*¹²⁸”, artigo publicado em 1952.

Douglas: Ah, sei qual é. Está em “*Da pediatria à psicanálise*”.

Winnicott: Isso mesmo.

Douglas: O livro está aqui comigo.

Searles: Esse eu conheço.

¹²⁴ Ver Winnicott (1990).

¹²⁵ Ver Fulgêncio (2020).

¹²⁶ O tema da ilusão será discutido na próxima reunião.

¹²⁷ Esse artigo mencionado por Winnicott foi lido numa reunião da Sociedade Britânica de Psicanálise em 5 de novembro de 1952. Em 17 de novembro de 1952, Winnicott, num tom de mágoa, escreveu para Melanie Klein, que esteve presente na citada reunião. Depois de reivindicar a sua originalidade, Winnicott protesta: “O que eu queria na sexta-feira era sem dúvida que houvesse algum movimento da sua parte para com o gesto que fiz naquele ensaio. Trata-se de um gesto criativo, e não posso estabelecer relacionamento algum através desse gesto se ninguém vier ao seu encontro” (2005, p.43). A relação entre Winnicott e Klein foi intensa e ambivalente. Apesar de tecer críticas a Klein, sobretudo em relação ao uso do instinto de morte e aos fenômenos relativos à posição esquizoparanoide, Winnicott nunca deixou de reconhecer a genialidade de Klein – alguns analistas winnicottianos contemporâneos parecem ter se esquecido da importância dessa autora no pensamento do analista inglês.

¹²⁸ Ver Winnicott (1952a/2000).

Douglas: Olha só, finalmente encontrei esse famoso trecho:

O que, então, precede a primeira relação de objeto? Pessoalmente, lutei por muito tempo com esse problema. A luta teve início quando me ouvi dizendo aqui, nesta Sociedade (uns dez anos atrás), e dizendo-o de modo enfático e acalorado: “*Isso que chamam de bebê não existe*”. Fiquei alarmado ao me ouvir pronunciar essas palavras, e tentei justificar minha declaração dizendo que se vocês me mostrarem um bebê, mostrarão também, com certeza, alguém cuidando desse bebê, ou ao menos um carrinho ao qual estão grudados os olhos e ouvidos de alguém. O que vemos, então, é a “dupla amamentante¹²⁹”.

Winnicott: Nos debates e reuniões científicas, eu ficava incomodado com o fato de meus colegas apenas reconhecerem a dependência se a relacionassem com as satisfações instintivas do id, enquanto desconsideravam a dependência e as necessidades do ego. Quando falo em necessidade do ego, refiro-me aos cuidados psicossomáticos que o bebê necessita para continuar existindo duma maneira que não haja intrusão em seu *self*¹³⁰. Um exemplo do que digo é o fato de a mãe segurar o seu bebê no colo da melhor maneira possível, olhá-lo e reconhecê-lo. E, além disso, temos a necessidade de ser sustentado no tempo e no espaço, de ser cuidado fisicamente e de ser apresentado aos objetos do mundo¹³¹.

Searles: Você considera que o ambiente faz o bebê?

Winnicott: O ambiente não cria o bebê, visto que esse último já possui uma herança dos processos de maturação, que podem ou não envolver certas tendências patológicas. Na melhor das hipóteses, o ambiente cria condições para que o bebê possa, paulatinamente, vir a ser ele mesmo¹³².

¹²⁹ Ver Winnicott (1952a/2000, p. 165).

¹³⁰ Ver Winnicott (1990).

¹³¹ Safra (1995) elenca algumas das necessidades básicas: continência, *holding* (sustentação), manipulação (*handling*), função especular, apresentação de objeto, interdições (pulsão oral, pulsões anais e interdição edípica). No decorrer de nossos diálogos, vamos trabalhar, sobretudo, com as necessidades relacionadas ao *holding*, *handling*, função especular e apresentação de objeto.

¹³² No verbete “*Ambiente*”, presente no dicionário do pensamento de Winnicott, Jan Abram (2000) encontramos a seguinte definição: “A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott enfatiza o ambiente e sua influência sobre a saúde emocional do bebê. O primeiro ambiente que se constitui para o bebê é a mãe, sendo que no princípio ambos estão fundidos em uma estrutura ambiente-indivíduo. O ambiente não pode ser totalmente responsabilizado pelo que sucede ao bebê em termos de sua *saúde mental*; ele pode tão-somente fornecer um espectro da experiência a ser considerada: tanto pode ser

Douglas: Cito um trecho de a “*Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo*”:

No início o bebê é completamente dependente da provisão física pela mãe viva e seu útero ou o seu cuidado materno. Mas em termos de psicologia devemos dizer que o bebê é ao mesmo tempo dependente e independente. Esse é um paradoxo que precisamos examinar. Existe tudo que é herdado, incluindo os processos de amadurecimento, e talvez tendências patológicas herdadas; estas têm uma realidade própria, e ninguém pode alterá-las; ao mesmo tempo, para sua evolução os processos de amadurecimento dependem da provisão do ambiente. Podemos dizer que o ambiente facilitador torna possível o progresso continuado dos processos de amadurecimento. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança realizar seu potencial¹³³.

Winnicott: A adaptação, a provisão ambiental, ocorre quando o ambiente é capaz de sustentar a existência do bebê dum modo que ele possa viver a ilusão de criação. Por não saber que depende do meio ambiente, o bebê cria o objeto que lhe é ofertado, numa ilusão criativa. Para o observador externo, o bebê percebeu e aceitou o objeto que lhe foi apresentado, mas, do ponto de vista do bebê, ele criou o objeto e o objeto é ele mesmo. O objeto é uma extensão de seu próprio *self*. O bebê é o seio¹³⁴.
É por meio da ilusão que o bebê pode exercer a sua capacidade criativa primária, que o leva a criar o mundo que já estava lá para ser criado¹³⁵. Se o bebê, na etapa inicial da vida, encontrar a mãe em sua existência real, e não como uma criação sua, temos um desastre, pois ele ainda é imaturo para ter acesso à realidade compartilhada.

Douglas: O primeiro ambiente é a mãe. O bebê é sustentado por ela, que por sua vez é sustentada pelo pai e pela família¹³⁶.

Winnicott: Isso quando tudo vai bem. Mas nós sabemos que nem sempre isso

facilitador quanto danoso. O ambiente facilitador possibilita ao indivíduo a chance de crescer, frequentemente em direção à saúde, enquanto que o ambiente que falha, principalmente no início, mais provavelmente levará à instabilidade e à doença” (p.25, grifos meus).

¹³³ Ver Winnicott (1963c/2022, pp.106-107).

¹³⁴ Ver Winnicott (1990; 1971b/2019).

¹³⁵ Ver Winnicott (1990).

¹³⁶ Ver Winnicott (1962b/2022).

acontece, infelizmente.

Douglas: Em algumas situações, a falha ambiental ocorre porque a mãe não possui um ambiente seguro que lhe sustente o estado regressivo, e só é possível regredir se temos um ambiente estável e confiável à nossa disposição. Deste modo, as falhas ambientais podem acontecer em decorrência de outros membros do ambiente total — o pai, a família e a sociedade não disponibilizarem as condições necessárias para sustentar a regressão materna.

Searles: Surgiu uma formulação agora por aqui: o nosso trabalho, o seu e o meu, caro colega inglês, é a constatação de que a vida é complicada e que nem sempre as crianças e seus pais se relacionam saudavelmente, isto é, se relacionam de modo que a criança possa vir a se desenvolver como uma pessoa humana minimamente separada das demais¹³⁷.

Winnicott: Tenho que falar da preocupação materna primária¹³⁸. Ela é uma espécie de doença momentânea, que acontece no fim da gravidez e nas primeiras semanas de vida do bebê. Neste estado, a mãe está vulnerável e dependente, e isso é saudável, visto que é desta maneira que ela poderá se identificar com o seu bebê. Refiro-me a uma mãe real, que falha e tem os seus limites, uma mulher humana e viva. Mesmo com as suas limitações, ela promove ao bebê um ambiente estável, confiável e previsível¹³⁹.

¹³⁷ Ver Searles (1959a/1965; 1959b/1965).

¹³⁸ Em “*Preocupação materna primária*” (1956/2000), lemos: “Minha tese é a de que na primeira de todas as fases estaríamos lidando com um estado muito especial da mãe, um estado psicológico que merece um nome, tal como *Preocupação Materna Primária*. No meu entender, não foi dada ainda a devida atenção em nossa literatura, e talvez em parte alguma, para uma condição psiquiátrica muito especial da mãe sobre a qual eu poderia dizer o seguinte: gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães recordam depois que o ultrapassaram. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida” (p.401, grifos do autor).

¹³⁹ Numa carta para Roger Money-Kyrle de 27 de novembro de 1952, Winnicott (2005) ressalta que mãe suficientemente boa é viva e real — ela não é um objeto interno: “As pessoas muitas vezes pensam que estou falando de mães — pessoas reais que têm bebês — como se elas fossem perfeitas ou como se correspondessem à “mãe boa” que faz parte do jargão kleiniano. Na verdade, sempre falo sobre “a mãe satisfatória” ou “a mãe não-satisfatória” porque, de fato, estamos falando da mulher real, porque sabemos que o melhor que ela pode fazer é ser suficientemente boa, e a palavra “suficiente” aos poucos (em circunstâncias favoráveis) tem seu âmbito ampliado de acordo com a habilidade crescente do bebê para lidar com o fracasso por meio da compreensão, da tolerância à frustração, etc. “A mãe boa” e “a mãe má”

Searles: Oh, concordo. É verdade que um ambiente instável e imprevisível pode enlouquecer uma criança.

Winnicott: No momento de dependência absoluta, o bebê vive a unidade com a sua mãe de duas formas. Movido por impulsos de excitação e pela necessidade de exercer a agressividade, o bebê encontra a mãe como um objeto — não estou falando ainda de relações objetais, mas de uma determinada forma de o bebê se relacionar com o corpo materno. Nos estados excitados, promovidos pelos instintos, o bebê busca encontrar algo, e a mãe lhe oferece o seu corpo para que ele seja encontrado. Agressividade aqui é sinônimo de motilidade¹⁴⁰.

Já nos estados tranquilos de não-integração o bebê necessita de uma mãe-ambiente que sustente o seu corpo de modo seguro e confiável¹⁴¹.

Refiro-me às mães reais, mulheres que são imperfeitas e falham. De maneira alguma lhes atribuo perfeição¹⁴² e sentimentalismo¹⁴³. Ao me referir à mãe, também incluo o pai e o ambiente que permite que essa mulher possa se identificar com o seu bebê¹⁴⁴.

Douglas: Nossa, vocês dois apresentaram ótimos panoramas iniciais sobre o ambiente.

do jargão kleiniano são objetos internos e nada têm a ver com mulheres reais. O melhor que uma mulher real pode fazer com um bebê é usar a sensibilidade, ser satisfatória no início, de maneira a tornar possível, de saída, a ilusão do bebê de que essa mãe satisfatória é “o seio bom”. De modo similar, na análise, o analista sempre está falhando, mas caso receba o impacto pleno da desilusão ou do ódio, ele deve, antes de mais nada, fazer contato através de adaptação ativa e sensível de modo a tornar-se satisfatório, do contrário nada acontece” (p.48).

¹⁴⁰ Ver Winnicott (1950-1955/2000).

¹⁴¹ Ver Winnicott (1990). Lejarraga (2015) resume bem este ponto: “(...) vemos que os relacionamentos excitados caracterizam-se pela tensão instintiva que leva ao movimento de encontrar algo, ao encontro com o objeto, e constituem numa experiência de excitação local ou geral. Os relacionamentos tranquilos não buscam o objeto, constituindo uma experiência de quietude e sossego, em que o bebê pode estar não integrado e sentir-se seguro e confiante porque sustentado pelo *holding*” (pp.63-64).

¹⁴² Sobre isso, Fulgêncio (2020) afirma: “A adaptação boa o suficiente não significa perfeição, mas uma comunicação do ambiente (por meio de ações) que compreende e atende o bebê ou a criança em sua necessidade, em um tempo adequado (que não excede o limite de tolerância de espera específico de cada bebê em cada momento). Trata-se de uma adaptação às vezes muito sutil, nunca mecânica e sempre variável no tempo e nas situações” (p.207).

¹⁴³ Ver Winnicott (2005).

¹⁴⁴ Ver Winnicott (1962b/2022).

Winnicott: Ao lado de analistas importantes da sociedade londrina, lutei para dar ao ambiente o seu devido lugar na psicanálise... Que cara é essa, Douglas?

Douglas: Estava aqui pensando...

Winnicott: Compartilhe o seu pensamento conosco.

Douglas: Toda vez que revisito os seus textos, Donald, a sua obra me surpreende. Se à primeira vista ela pode parecer fácil, uma leitura atenta releva a amplitude e a complexidade de seu pensamento.

Winnicott: Não sei se me alegro ou me entristeço com esse comentário.

(Risos)

Winnicott: Escrevo para ser entendido¹⁴⁵.

Douglas: O seu esforço para ser compreendido é visível e a complexidade de seus textos é coerente com a natureza dos objetos estudados.

Searles: Já os meus artigos são enormes. Sou prolixo.

Winnicott: Você concorda com isso, Douglas? Para mim, você é um exemplo de interlocutor sucinto, direto e claro.

(Risos)

Searles: Não me encham. Se me aborrecerem, exigirei que me chamem de Dr. Searles, autoridade mundial no tratamento de pacientes esquizofrênicos. Ouviu, senhor Douglas?

(Risos)

¹⁴⁵ Ver Winnicott (2005).

- Douglas:** Vocês possuem estilos diferentes, não há dúvida.
- Winnicott:** E isso é fundamental na escrita. Sem o cultivo dum estilo pessoal, tornamo-nos apenas repetidores, e não há quase nada pior do que isso.
- Searles:** Cometo o pecado do excesso, mas me mantenho distante do pecado da cópia.
- Winnicott:** E as suas considerações sobre o ambiente humano? Lembrei-me de um texto sobre enlouquecer o outro, algo assim, não é?
- Douglas:** Sim, “*O esforço para enlouquecer o outro*”, Donald.
- Winnicott:** Verdade, esse é o título.
- Douglas:** Nesse trabalho clássico¹⁴⁶ de 1959 Harold lançou a hipótese de que a pessoa se torna esquizofrênica, em parte, por ter sido submetida ao esforço inconsciente de seus pais para torná-la louca – ou seja, mantê-la aprisionada num modo de relacionamento simbiótico com os pais; simbiose essa que impede o desenvolvimento da criança rumo à integração e diferenciação.
- Searles:** Postulei diferentes modos de levar o outro à loucura. Dentre eles, cito: o ato de levar alguém a um conflito intenso que ultrapassa a capacidade egoica de a pessoa se defender dele; a dupla comunicação; a demanda para que os filhos se tornem pais dos pais e a possibilidade de os pais usarem os filhos como lixeiras de seus próprios detritos mentais¹⁴⁷.

¹⁴⁶ Ver Searles (1959c/1981).

¹⁴⁷ Ver Searles (1959c/1981).

Douglas: Ao transformá-los em seus terapeutas ou lixeiras de seus esgotos mentais¹⁴⁸, os pais, inconscientemente, abusam das capacidades psíquicas de seus filhos¹⁴⁹.

Searles: A tudo isso se junta o fato de os pais anularem as vivências dos filhos, lhes negando a validade de seus sentimentos e percepções.

Douglas: Esse é outro ponto de sua obra que se relaciona com a de Ferenczi, no que diz respeito ao desmentido¹⁵⁰. De fato, uma maneira de enlouquecer o outro é desmentir os seus sentimentos e percepções. Como, por exemplo, os pais que são hostis, mas, reativamente, negam a hostilidade e dizem que os filhos estão percebendo algo errado. Eles desmentem as percepções, sentimentos e pensamentos do pequeno humano. Ocorreria um “percepídio¹⁵¹”, isto é, uma forma de deslegitimar e matar a percepção da criança. Neste sentido, me lembro o que você escreveu:

Quando essas crianças percebiam raiva ou hostilidade no pai ou na mãe, como acontecia várias vezes, este (ou esta) negava imediatamente tal sentimento e insistia com a criança para que fizesse o mesmo. Desse modo ela estava diante do dilema: acreditar nos pais ou no que percebia. Se acreditasse em si, manter-se-ia presa à realidade; se acreditasse nos pais, manteria a relação necessária, mas sua percepção da realidade seria distorcida. A negação repetida por parte dos pais resultou no insucesso do filho em desenvolver a capacidade adequada para testar a realidade¹⁵².

¹⁴⁸ Esse ponto se aproxima da ideia de Ferenczi de terrorismo do sofrimento. Para o analista húngaro, o terrorismo do sofrimento é uma maneira de o adulto traumatizar a criança, impondo-lhe a tarefa de ser tranformar numa pequena cuidadora da loucura dos adultos. Em “*Confusão de línguas entre adultos e criança*” (1933/2011), lemos: “A par do amor apaixonado e das punições passionais, existe um terceiro meio de se prender uma criança: é o *terrorismo do sofrimento*. As crianças são obrigadas a resolver toda espécie de conflitos familiares, e carregam sobre seus frágeis ombros o fardo de todos os outros membros da família. Não o fazem, afinal de contas, por desinteresse puro, mas para poder desfrutar de novo a paz desaparecida e a ternura que daí decorre. Uma mãe que se queixa continuamente de seus padecimentos pode transformar seu filho pequeno num auxiliar para cuidar dela, ou seja, fazer dele um verdadeiro substituto materno, sem levar em conta os interesses próprios da criança” (grifos do autor, p.120).

¹⁴⁹ Leitores e leitoras, até este momento de sua trajetória intelectual e clínica, refiro-me ao final dos anos 50, Searles (1959c/1981) pensava que os pacientes esquizofrênicos poderiam ter servido de depositários dos detritos mentais de seus pais. Não há nada em seus trabalhos posteriores que anule essa hipótese. Posteriormente, contudo, como veremos nas outras reuniões, Searles (1975/1979) passará a considerar a possibilidade de que os pacientes esquizofrênicos lutam para curar os pais enlouquecidos.

¹⁵⁰ O parentesco com o desmentido ferencziano é claro. Ver Ferenczi (1933/2011).

¹⁵¹ Ver Liberman (2016).

¹⁵² Ver Searles (1959c/1981, p.53).

- Searles:** Pois é, um esforço enlouquecedor desses, ao longo do tempo, transforma-se num tipo de lavagem cerebral e numa forma de assassinato, e isso pode significar uma tragédia para o desenvolvimento da criança. Confusa, essa última não sabe se deve confiar em sua percepção, e assim correr o risco de perder o amor dos pais, ou negá-la e perder o contato com a realidade.
- Douglas:** O ambiente, assim, assassinaria a possibilidade de a criança se transformar num ser humano diferenciado dos outros e do mundo.
- Searles:** Trata-se dum modo de impedimento da existência do outro como ser individual e separado dos outros humanos. Tal maneira de enlouquecer o outro é uma forma de os pais lidarem com a própria loucura¹⁵³. Esse esforço tem a função de manter a onipotência dos pais.
- Douglas:** Não há apenas o esforço do ambiente para enlouquecer a criança, pois encontramos esse mesmo esforço do lado do pequeno humano.
- Winnicott:** A criança deseja enlouquecer o adulto? Não posso concordar com isso.
- Douglas:** A criança se esforça para preservar a relação louca com os pais, relação essa que se torna um jeito de obter gratificação narcísica para ambos. Essa é a ideia de Searles. A criança, por amor, estabelece um conluio narcísico com os pais adoecidos.
- Searles:** Para esses pais, isto é, os pais de pacientes esquizofrênicos, o crescimento e a individuação do filho levam à loucura, e por isso trabalham para manterem os filhos num modo de relacionamento indiferenciado, e fazem isso onipotentemente, como se os seus filhos fossem uma extensão deles mesmos. Esse tipo de dinâmica pode se desenvolver na análise.

¹⁵³ Ver Searles (1959c/1981).

Douglas: Ou seja, há o risco de o narcisismo do analista tomar a cena. Sobre isso, lemos em seu texto:

Na relação psicoterapêutica, verificamos, como consequência natural dessa experiência passada do paciente, que ele tende a reagir ao desenvolvimento de sua própria individualidade, ao crescimento de seu próprio ego, como loucura provocadora de ansiedade. Por sua vez, o terapeuta (na posição transferencial da mãe nesta fase de trabalho) tende também e experimentar esta ansiedade. Desta maneira, ambos os participantes tendem, inconscientemente, a perpetuar uma relação simbiótica entre eles, a partir da ansiedade mútua, temendo que o paciente “enlouqueça” completamente — temendo, na verdade, que ele (paciente) consiga emergir da simbiose para um estado de individualidade saudável¹⁵⁴.

Douglas: Isso quer dizer que a criança e a mãe se enredam numa relação simbiótica gratificante, em que ambas buscam se enlouquecer mutuamente para que nunca possam se integrar e se diferenciar. Há duas forças que atuam numa mesma direção: a tendência regressiva da criança de manter a simbiose com a mãe e o esforço dos pais para que o filho nunca se torne um humano separado. Mais uma citação:

Pode ser também que a necessidade — comum não apenas aos pacientes esquizofrênicos, mas entre os profissionais que os tratam — de negar o aspecto gratificante da relação simbiótica seja responsável por parte da constante prática do conceito irracional e insultante de “mãe esquizofrenogênica”. Quer dizer, podemos ser tão poderosamente atraídos, em nível inconsciente, pelas gratificações que tal mãe oferece na relação do tipo simbiótico, que temos de negar nossos impulsos regressivos naquele direção, e, assim, percebê-la conscientemente, e descrevê-la em textos científicos, como uma “mãe esquizofrenogênica”, muito pouco atraente, com quem seria simplesmente infernal relacionar-se intimamente¹⁵⁵.

No final do mesmo texto, encontramos esse outro trecho:

¹⁵⁴ Ver Searles (1959c/1981, p.63).

¹⁵⁵ Ver Searles (1959c/1981, p.72).

Para tornar-se mais útil a seu paciente, ele tem, além disso, de estar preparado para enfrentar seu próprio conflito entre os desejos de ajudar o indivíduo a tornar-se mais bem integrado (isto é, mais maduro e mais sadio) e os desejos de agarrar-se a ele ou mesmo destruí-lo, mantendo ou favorecendo o agravamento da doença, o estado de integração precária. Somente este tipo de consciência pode prepará-lo para ser de máxima utilidade para os pacientes — sobretudo para os esquizofrênicos e esquizofrênicos *borderline* — e, especialmente, para ajudá-los durante a fase crucial da transferência de que falamos neste trabalho¹⁵⁶.

Searles: Deixo claro essa complexidade e a mistura de interesses que temos dentro de nós: o de ajudar o paciente a se desenvolver, como bons terapeutas que somos; e a tendência a mantê-lo doente para que possamos obter as gratificações pessoais¹⁵⁷.

Douglas: Que nunca impeçamos a existência do outro; e que jamais o amor nos sirva de álibi para cometermos um assassinato de subjetividades. Levar o outro à loucura é uma forma de extermínio para que ele não escape do amor¹⁵⁸. Ah, os amores loucos¹⁵⁹.

Winnicott: Harold, você mencionou apenas as falhas do ambiente. E quando as coisas vão bem? Nenhuma palavra sobre a saúde?

Searles: Como lhe parece a ideia dum esforço mútuo de anulação da existência do outro?

Winnicott: Você se refere à tendência mútua ao enlouquecimento?

Searles: Ela mesma.

Winnicott: Concordamos quanto ao fato de que, algumas vezes, há um esforço do ambiente para enlouquecer o bebê e a criança, impedindo-os de se

¹⁵⁶ Ver Searles (1959c/1981, pp.73-73).

¹⁵⁷ Ver Searles (1959c/1981).

¹⁵⁸ Ver o prefácio de “*L’effort pour rendre l’autre fou*” (FÉDIDA, 1977).

¹⁵⁹ No que se refere aos sentimentos positivos de amor entre o paciente esquizofrênico e seus pais, indico a leitura de Searles (1961b/1965).

desenvolverem a partir de seu *self* e de sua criatividade. Mas discordamos quanto à existência duma necessidade de o bebê manter um relacionamento enlouquecido com os pais. Se existir algo deste tipo, já se trata de reação do bebê, e a reatividade é sinal de patologia e perda da espontaneidade. O bebê necessita ser cuidado para ser e continuar sendo, desenvolvendo-se de dentro para fora, apenas isso¹⁶⁰.

Searles: Concordo que nós dois discordamos.

Douglas: Vocês partem de pressupostos diferentes.

Winnicott: O que você pensou?

Douglas: Para Harold, há algum tipo de relação interpessoal desde o início da vida, mesmo que primitiva e incipiente; e, além disso, também experimentamos momentos de indiferenciação com o ambiente humano e não-humano. Enquanto que para você, Donald, originalmente, o bebê só pode encontrar com ele mesmo. Se ele se relaciona com outro, se a alteridade surge sem ser uma criação do bebê, temos a quebra na continuidade de ser: o bebê tem que reagir ao outro intruso. São duas formas distintas de conceituar a intersubjetividade.

Aqui, recorro às ideias de Nelson Coelho Junior e Luis Claudio Figueiredo, que apresentam, rigorosamente, diferentes modalidades de intersubjetividade¹⁶¹. A partir deles, faço a comparação entre as diferentes concepções de intersubjetividade presentes nos pensamentos de vocês. Em linhas gerais, entendo que Searles tem como base uma matriz intersubjetiva interpessoal, isso significa que há uma interação, mesmo que muito primitiva, entre duas entidades em interdependência. Já Winnicott trabalha, predominantemente, com a matriz intersubjetiva transubjetiva na qual há um estado inicial de total indiferenciação entre o bebê e o ambiente.

¹⁶⁰ Winnicott (1990).

¹⁶¹ Ver Coelho Junior e Figueiredo (2012).

- Searles:** Mas estou falando todo o momento de indiferenciação e de mistura.
- Douglas:** Verdade, você tem razão. Existe uma complexidade no seu modo de pensar o início da vida. Se, por um lado, encontramos em seus textos toda reflexão sobre a indiferenciação, vemos, por outro, como você supõe a existência dum tipo de interação interpessoal com os pacientes esquizofrênicos, o que pressupõe algum nível de diferenciação¹⁶².
- Winnicott:** Insisto em minha questão: e quanto aos aspectos positivos e saudáveis do ambiente?
- Searles:** Como você me pede, terá que me ouvir falar sobre a simbiose.
- Winnicott:** Ora, ela invadiu a nossa reunião faz tempo. Douglas até tentou expulsá-la, mas não nos foi possível escapar dela.
- (Risos)
- Winnicott:** E sobre o ambiente suficientemente bom, o que você tem a dizer? Use os seus próprios termos.
- Searles:** Considero que o ambiente saudável possibilita a experiência duma simbiose normal, na qual mãe e bebê estão misturados; e nessa simbiose a criança se desenvolve, paulatinamente, rumo à individuação, que, grosso modo, é a experiência de estar integrado e diferenciado dos outros humanos¹⁶³. O desenvolvimento psicológico ocorre em etapas sucessivas, cada uma delas apoiadas nas etapas precedentes. Assim, o desenvolvimento uterino normal é necessário para uma vida pós-natal saudável; e, desta mesma maneira, uma relação simbiótica entre mãe e bebê é fundamental e antecede a constituição de um Eu diferenciado do mundo humano e não-humano¹⁶⁴. Na infância, os pais precisam permitir

¹⁶² Ver Searles (1960; 1965a; 1979).

¹⁶³ Ver Searles (1961a/1965).

¹⁶⁴ Ver Searles (1959a/1965; 1959b/1965; 1961a/1965).

e sustentar a simbiose, pois é por meio dela que a criança conseguirá, aos poucos, integrar-se e diferenciar-se, desenvolvendo-se no caminho da capacidade de experimentar a si e ao mundo como entidades separadas¹⁶⁵.

Winnicott: O analista viverá uma simbiose com o paciente, é isso?

Searles: Tanto com pacientes psicóticos, e até mesmo neuróticos, em diferentes medidas, obviamente, o analista experimenta momentos de interação simbiótica.

Douglas: Complemento isso com outra citação sua:

Além disso, um paciente assim tende natural e saudavelmente a se identificar de corpo e alma com o terapeuta, como um refúgio da fragmentação que o sobrecarrega — como um meio de encontrar, na relação simbiótica com a mãe-terapeuta, uma ilha suficiente de completude para que ele possa, agora, de maneira simplificada, integrar os componentes dissociados de sua personalidade, um por um, até que ele tenha ego suficiente para suportar a resolução dessa simbiose. Benedek (1949, 1952a, b, 1959), Mahler (1952) e Michael Balint (1952, 1955) apontaram que uma relação simbiótica, que muitos autores anteriores haviam descrito como patológica em si, é, na verdade, necessária para a infância normal. Minha experiência indica, além disso, que tal relacionamento constitui uma fase necessária na psicanálise ou psicoterapia de pacientes neuróticos ou psicóticos, respectivamente, e que essa fase é especialmente importante na terapia de pacientes esquizofrênicos, pois em suas histórias até mesmo essa fase inicial da vida foi severamente distorcida¹⁶⁶.

Searles: Assim como no ambiente humano saudável — novamente penso na mãe —, que se permite experimentar a simbiose com a criança¹⁶⁷, suportando

¹⁶⁵ Ver a crítica de Searles (1965b/1965) ao livro de Edith Jacobson (1969).

¹⁶⁶ Ver Searles (1959a/1965, p.308). No original: “Further, such a patient tends naturally and healthily to identify wholeheartedly with the therapist, as a refuge from the fragmentation which overwhelms him—as a means of finding, in symbiotic relatedness to the mother-therapist, a sufficient island of wholeness for him now to turn, to put it in an oversimplified way, and integrate the dissociated components of his personality, one by one, until such time as he has enough ego of his own to endure the resolution of this symbiosis. Benedek (1949, 1952a, b, 1959), Mahler (1952), and Michael Balint (1952, 1955) have pointed out that a symbiotic relatedness, which many earlier writers had described as per se pathological, is actually necessary to normal infancy. My experience indicates, further, that such a relatedness constitutes a necessary phase in psycho-analysis or psychotherapy with either neurotic or psychotic patients respectively, and that this phase is especially important in the therapy of schizophrenic patients, for in their histories even that very early life-stage was severely distorted”.

¹⁶⁷ Ver Searles (1959a/1965; 1959b/1965).

todos os sentimentos envolvidos num relacionamento simbiótico, tanto os positivos quanto os negativos, o analista, sobretudo na análise de pacientes esquizofrênicos, viverá esse estado de indiferenciação com o seu paciente; estado que traz gratificações e ameaças de dissolução de si¹⁶⁸.

A simbiose tem diferentes qualidades...

Douglas: Deixemos isso para a próxima reunião, por favor, Harold.

Searles: Adiante, caro Douglas...

(Silêncio)

Douglas: Considerando os objetivos de nosso primeiro papo...digo nossa primeira conversa, você já apresentou o que nos in...intere...interessa saber sobre a simbioses...sobre a simbiose: *o fato de o ambiente humano participar da constitui...constituição e sustentação dum relacionamento simbiótico com o bebê. É por meio dessa simbiose que o bebê se inte...integra, se diferencia e alcança um Eu pessoal.*

(Silêncio)

Douglas: Winnicott, nos fale...fale-nos algo sobre o seu artigo de 1945?

Winnicott: O desenvolvimento emocional primitivo?

Douglas: Sim, esse mesmo.

Winnicott: Falarei sobre o artigo, mas antes preciso fazer um breve comentário. O meu pensamento é complexo, pois estou a todo o momento pensando no diagnóstico maturacional dos pacientes e nas diferentes maneiras como o ambiente realiza a provisão necessária para cada momento da

¹⁶⁸ Ver Searles (1961a/1965).

vida. Se fôssemos tratar todas as facetas que o ambiente tem em minha obra, teríamos que avançar e discutir, por exemplo, as conquistas referentes à etapa da dependência relativa, tais como o concernimento, o uso do objeto e a chegada às relações edípicas triangulares¹⁶⁹. Mas realizar isso, em nosso tempo de reunião, é impossível. Por enquanto, estamos lidando com o momento inicial da vida, naquele no qual não há diferenciação entre o Eu e o não-Eu e o bebê depende absolutamente do ambiente.

Douglas: Você tem razão, mas isso não é um problema.

Searles: Eu também não consegui expor a maneira como a simbiose vai se desdobrando até que haja a conquista da identidade pessoal.

Douglas: Me explico: diante das diversas formas de discutir o tema do ambiente, o caminho que tomamos mostra um recorte que fizemos, mesmo que ele tenha sido feito implicitamente. Optamos por nos focar nos fenômenos do começo da vida — basta ver que, até agora, falamos sobre o ambiente humano e não-humano relacionados com o bebê e a criança pequena. O nosso objetivo é apresentar e discutir o modo como o ambiente comparece no pensamento de vocês, e por isso não temos a obrigação, e seria loucura tê-la, de explicitar o papel do ambiente em cada etapa do desenvolvimento. Vocês têm uma maneira específica de trabalharem com o início da vida que também é usada para a compreensão dos outros momentos do desenvolvimento do ser humano. Ficou confuso?

Winnicott: Ficou.

Douglas: Vamos ver se agora fica mais claro: ao apresentarmos e discutirmos como ambos tratam o tema do ambiente, no que se refere às experiências iniciais da vida, apreendemos o papel do ambiente no pensamento clínico e teórico de vocês. É isso que nos importa. A maneira como trabalham as

¹⁶⁹ Ver Winnicott (1990).

etapas mais maduras do desenvolvimento decorre dum desdobramento dessa primeira teorização sobre as experiências primitivas.

Searles: Compreendi, pois, de fato, eu, por exemplo, uso os mesmos artifícios teóricos tanto no trabalho com pacientes abertamente delirantes, esquizofrênicos, quanto para pensar naquelas pessoas que sofrem de um adoecimento de qualidade *borderline*¹⁷⁰.

Douglas: Você compreende o adoecimento *borderline* com o mesmo arcabouço teórico que trata a esquizofrenia. É disso que falo.

Winnicott: Ok, Douglas.

Douglas: Podemos prosseguir para o seu clássico artigo de 1945, Donald?

Winnicott: O tema central do artigo é o desenvolvimento emocional que ocorre antes de o bebê reconhecer a si e os outros como pessoas inteiras, ou seja, como objetos totais¹⁷¹. Apresentei três processos primitivos que estão na base da constituição humana: *a integração, a personalização e a realização*. Não podemos ter como óbvio que esses processos foram alcançados por nossos pacientes. O psicótico não alcançou a temporalidade, ele vive num mundo sem tempo, atormentado por agonias impensáveis, e o seu *self* pode não está ancorado em seu corpo.

Searles: Eu reconheço esse tipo de sintomas em meus pacientes esquizofrênicos.

Winnicott: Inversamente, na saúde o ambiente oferece a provisão necessária para que o bebê amadureça rumo às conquistas da integração pessoal no tempo e espaço, do alojamento da psique no corpo e do contato com a

¹⁷⁰ Ver Searles (1986a).

¹⁷¹ Ver Winnicott (1945/2000).

realidade¹⁷². Os bebês podem ser e continuar sendo conforme a qualidade das condições ambientais encontradas¹⁷³.

Douglas: O corpo, o tempo, o espaço e o acesso à realidade são conquistas, vale repetir.

Winnicott: Há um estado inicial de não-integração, que se diferencia do fenômeno psicótico da desintegração. A integração das partes começa no início da vida, desde que haja alguém que a favoreça. Um bebê que inicia a vida sem outro humano que o ajude a se integrar, infelizmente, enfrenta dificuldades em aglutinar os seus pedacinhos, e talvez nunca consiga fazê-lo. A integração é favorecida por duas espécies de experiências.

Douglas: Assim você escreveu:

A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro. Muitas crianças encontram-se bem longe no caminho da integração em certos períodos já durante as primeiras 24 horas de vida. Em outras o processo é adiado, ou ocorrem recuos devidos à inibição precoce do ataque voraz. Na vida normal do bebê ocorrem longos períodos de tempo nos quais o bebê não se importa em ser uma porção de pedacinhos ou um único ser, nem se ele vive no rosto da mãe ou em seu próprio corpo, desde que de tempos em tempos ele se torne uno e sinta alguma coisa¹⁷⁴.

Winnicott: A integração se dá por meio das experiências excitadas do bebê e dos cuidados corporais providos pelo ambiente.

Douglas: A tendência inata à integração e a criatividade primária, num ambiente suficientemente bom, favorecem o bebê a colocar o seu vir-a-ser em marcha.

¹⁷² Ver Winnicott (1945/2000; 1990).

¹⁷³ Ver Winnicott (1960a/2022).

¹⁷⁴ Ver Winnicott (1945/2000, p.224).

Searles: Assim como eu, Donald se deparou com os fenômenos da integração e da diferenciação no desenvolvimento comum, e da desintegração e da indiferenciação nos casos de pacientes *borderlines* e esquizofrênicos.

Douglas: Numa carta escrita para Masud Khan, nosso amigo inglês fez uma diferenciação entre termos que podem ser confundidos: a não-integração, a integração e a desintegração¹⁷⁵.

Penso que a palavra *integração* descreve a tendência de desenvolvimento e a conquista, no indivíduo saudável, em que ele ou ela se torna um todo. Assim, a integração adquire uma dimensão temporal (...). Ao estado anterior à integração chamo *não-integração*. Em psicopatologia existe a *desintegração*, que é uma defesa, uma fragmentação da personalidade produzida e mantida para evitar a destrutividade que é inerente à relação objetal após a fusão (de elementos eróticos e destrutivos)¹⁷⁶.

Winnicott: Na psicose, além da desintegração, encontramos a despersonalização, processo inverso à personalização, que é alojamento do *self* no corpo, e a perda de contato com a realidade, a desrealização, fenômeno distinto da realização.

A não-integração nos leva ao tema da dissociação. Essas dissociações podem afetar, por exemplo, a integração dos diferentes estados do bebê, os excitados e os calmos. O bebê não sabe que ele é o mesmo que experimenta as exigências instintuais e a calma de estar aninhado nos braços da mãe. Por sua imaturidade, ele não tem condições de reunir a mãe que lhe acalma e banha, e a mãe que surge nos momentos instintuais excitados.

Douglas: O bebê se torna incapaz de integrar a mãe-ambiente e a mãe-objeto; do mesmo modo que ele não pode integrar as suas experiências excitadas e tranquilas.

Searles: Não entendi esse negócio de mãe-objeto e mãe-ambiente. Que história é

¹⁷⁵Sobre isso, Adam Phillips (2006) cria uma ótima frase: “A não integração é um recurso, a desintegração é um terror” (p.122).

¹⁷⁶ Ver Winnicott (2005, p.160, grifos do autor).

essa?

Winnicott: Nós já falamos sobre essas duas mães, mas posso repetir.

Searles: Será de bom grado.

Winnicott: Convém pressupor que o bebê imaturo tem duas mães, a mãe-objeto e mãe-ambiente, ambas representam dois aspectos do cuidado ambiental: a mãe como objeto, ou a detentora do objeto parcial que satisfaz o bebê, e a mãe como ambiente, que provê os cuidados por meio do manuseio e manejo geral. Temos que considerar que o bebê é diferente quando está num estado excitado, e procura a mãe como objeto para a satisfação instintual; ou vive num estado tranquilo, que o leva a necessitar da mãe como ambiente que lhe dá sustentação¹⁷⁷.

Douglas: O bebê é imaturo demais para reunir suas diferentes vivências, e a provisão ambiental vai, paulatinamente, facilitando o processo de aglutinação das experiências.

Winnicott: Quando o bebê depende absolutamente do ambiente, ele tem duas alternativas: ou ser e continuar sendo, sustentado pelo ambiente, ou sucumbir e aniquilar-se, reagindo às intrusões ambientais, o que paralisa a continuidade de seu desenvolvimento pessoal¹⁷⁸. Na saúde, o ambiente tem a função de reduzir ao mínimo as intrusões que levam o bebê imaturo a reagir.

Dizer ‘eu sou’ não significa nada a não ser que eu apenas sou junto com outro que ainda não se diferenciou. O ‘eu sou’ pertence ao desenvolvimento posterior desse que estamos tratando¹⁷⁹. Nos primórdios, apenas somos.

Searles: Sustentar o bebê aqui é também protegê-lo?

¹⁷⁷ Ver Winnicott (1963c/2022).

¹⁷⁸ Ver Winnicott (1960a/2022).

¹⁷⁹ Ver Winnicott (1966/2020).

Winnicott: A provisão ambiental é o cuidado físico, o manejo, e a sustentação que protege o bebê, oferecendo-lhe um ambiente confiável, estável e previsível.

Douglas: Sobre isso, tenho uma ótima citação na ponta da língua:

Nesse estágio o bebê requer — e em geral de fato recebe — uma provisão ambiental que tem certas características:

- Satisfaz as necessidades fisiológicas. Aqui a fisiologia e a psicologia ainda não se diferenciam, ou ainda não estão no processo de fazê-lo.
- É consistente. Mas a provisão ambiental não é mecanicamente consistente. Ela é consistente de um modo que implica a empatia da mãe.

Sustentação:

Protege da lesão fisiológica.

- Leva em conta a sensibilidade cutânea do bebê — tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) — e a falta de conhecimento do bebê acerca da existência de qualquer coisa que não ele mesmo.

- Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite, e não é igual para dois bebês, porque é parte do bebê, e dois bebês nunca são iguais.

- Segue também as mudanças instantâneas do dia a dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do bebê, tanto físico como psicológico¹⁸⁰.

Winnicott: A continuidade do ambiente estável e confiável auxilia o processo de integração, e a adaptação gradual do ambiente permite que o bebê se desenvolva, a partir de sua herança recebida e de seu impulso criativo¹⁸¹.

A capacidade da mãe, e do ambiente de uma maneira geral, de se adaptar suficientemente bem às necessidades do bebê permite que ele tenha uma linha de desenvolvimento consistente. Desta maneira, o bebê pode confiar e se deixar experimentar estados de não-integração¹⁸².

¹⁸⁰ Ver Winnicott (1960a/2022, pp.60-61).

¹⁸¹ Ver Winnicott (1962b/2022).

¹⁸² Lemos: “A capacidade materna de corresponder às mudanças e às necessidades de desenvolvimento desse bebê em particular permite que ele tenha uma linha de vida relativamente sólida; permite também que experimente estados de confiança não integrados e relaxados ao ser segurado de maneira concreta, além de passar por fases de integração que com frequência se repetem e fazem parte da sua tendência hereditária de crescimento. O bebê vai e vem com facilidade da integração para o estado relaxado de não integração, e o acúmulo dessas experiências se transforma em um padrão e compõe o alicerce para as expectativas dele. O bebê passa a acreditar em uma confiabilidade nos processos internos que leva à integração em uma unidade” (WINNICOTT, 1968/2020, p.113). Comentando esse o trecho citado, Dias (2011) afirma: “Através da confiabilidade ambiental, fazendo inúmeras vezes o percurso que vai da não-integração à integração, e vice-versa, estabelece-se a confiança na vigência da sua própria tendência à

Quero enunciar o aspecto central do que eu disse: *a função do ambiente envolve segurar, manusear e apresentar os objetos ao bebê*¹⁸³. Num ambiente suficientemente bom, que oferece cuidado e possibilita a experiência de ilusão de criação, o bebê se desenvolve de acordo com a tendência inata à integração.

Douglas: A integração no tempo e espaço, a personalização e a abertura ao mundo dos objetos acontecem na presença de outros significativos¹⁸⁴. O ambiente protege o bebê das intrusões do mundo externo e dos impulsos instintivos internos, visto que esses últimos clamam por mediação. Sem nenhum anteparo ambiental, os impulsos instintivos oprimem o bebê. A frase de Adam Phillips nos ajuda aqui: “Onde está o Id do bebê, ali também deverá estar o ego da mãe¹⁸⁵”.

Searles: Em meus termos, digo que, numa interação simbiótica, a mãe, num processo contínuo, medeia e facilita o contato do bebê com o mundo, auxiliando-o no desafio de experimentar a vida como uma pessoa individuada¹⁸⁶.

Winnicott: Nossa, caramba, que susto com as horas.

Douglas: Olha só, avançamos cinco minutos de nosso horário.

integração. O bebê passa a acreditar que a integração voltará a seu tempo e não precisa preocupar-se com isso. A natureza faz o seu próprio trabalho. Note-se: o bebê depende inteiramente da confiabilidade da mãe, mas não sabe disso: nem da existência do ambiente e muito menos do sucesso dos cuidados adaptativos. Para um bebê bem cuidado, não é a mãe que funciona bem, que é confiável, senão é o vigor de sua tendência à integração que fica acima de qualquer suspeita” (pp.25-26).

¹⁸³ Ver Winnicott (1990).

¹⁸⁴ Safra (2005b) afirma: “O acontecer humano demanda a presença de um outro. As primeiras organizações psíquicas do bebê, a entrada na temporalidade, a abertura da dimensão espacial, a personalização, só se constituem e ganham realização pela presença de alguém significativo” (p.147).

¹⁸⁵ Sobre isso, Phillips (2006) afirma: “Esta era a convicção entre a mãe e seu bebê que tornava a satisfação pulsional possível; a teoria psicanalítica prévia havia presumido que isso se desse de forma oposta. Esta é a razão pela qual a noção aparentemente sofisticada de “significado” substituiria a gratificação como critério principal de satisfação pulsional no relato de Winnicott sobre o relacionamento primitivo. Sem esse relacionamento entre a mãe e seu bebê — o que Winnicott chama de “vínculo com o ego” (*Ego relatedness*) —, o bebê experienciava seu desejo como um ataque opressivo. A mãe sustenta a experiência para torná-la satisfatória. *Onde está o Id do bebê, ali também deverá estar o ego da mãe*” (2006, p.148, grifos meus).

¹⁸⁶ Ver Searles (1959a/1965; 1959b/1965; 1961a/1965).

- Winnicott:** Clare me espera para o jantar.
- Searles:** E eu preciso descansar, pois amanhã atenderei, bem cedinho, alguns pacientes, alguns deles *borderlines*, apenas dois, e três ou quatro abertamente esquizofrênicos, paranoicos e francamente delirantes.
- Douglas:** No início de nossa reunião, sugeri dois objetivos nesse primeiro encontro: *possibilitar a constituição dum espaço criativo de compartilhamento de ideias, críticas, convergências e divergências; e fazer uma apresentação panorâmica do tema do ambiente nos pensamentos de ambos.*
Se lembram disso?
- Winnicott:** Certamente. Temos muito mais o que dizer, mas, mesmo assim, conseguimos alcançar os objetivos propostos, pelo assim me parece.
- Douglas:** Sim, considerando os objetivos sugeridos, fizemos um bom trabalho.
- Searles:** Não discutimos nem cinco por cento daquilo que Donald e eu temos para discutir. E, ainda por cima, fui cortado duas vezes, se é que eu contei corretamente.
- Douglas:** Não se preocupem, teremos outras reuniões. Tempo não nos faltará.
- Winnicott:** Mas hoje ele se esgotou, Douglas, e você não conseguirá fazer aquela síntese de nosso diálogo.
- Searles:** Como se nossas falas fossem jogos do rabisco colocados no chão, um ao lado do outro? Foi isso que você nos prometeu.
- Douglas:** Infelizmente, não me ative ao tempo e não poderei sintetizar o nosso jogo do rabisco verbal.
Para o nosso próximo encontro, o relógio será meu companheiro.

Winnicott: Que assim seja.

Searles: Foi um encontro proveitoso.

Winnicott: Estabelecemos um diálogo vivo, pessoal, sincero e espontâneo.

Douglas: Ah, esperem, me ocorreu uma ideia louca: *se a nossa reunião tivesse plateia, ou mesmo se ela fosse transcrita para o papel e compartilhada com alguns leitores e leitoras, gostaria que ela fosse ouvida ou lida como um passo inicial na direção dum futuro diálogo sobre os dois conceitos clínicos essenciais da psicanálise: a transferência e a contratransferência.*

Searles: Bom ter ideias loucas.

Douglas: Lembrei-me dum poema de Manoel de Barros, grande poeta brasileiro. Chama-se “*Infantil*”.

*O menino ia no mato
E a onça comeu ele.
Depois o caminhão passou por dentro do corpo do
menino
E ele foi contar para a mãe.
A mãe disse: Mas se onça comeu você, como é que
o caminhão passou por dentro do seu corpo?
É que o caminhão só passou renteando meu corpo
E eu desviei depressa.
Olha, mãe, eu só queria inventar uma poesia.
Eu não preciso de fazer razão¹⁸⁷.*

Douglas: Por não precisar fazer razão, crio ilusões.

Winnicott: Belo poema.

Sempre peço para Clare recitar algo de T.S. Eliot, Dylan Thomas ou Shakespeare. A poesia me encanta. No caderno de anotações que uso para escrever a minha biografia, que por enquanto tem o título de “*Nada menos que tudo*”, cito esse trecho dum poema de Eliot.

¹⁸⁷ Ver Barros (2015, p.126, grifos meus).

T.S. Eliot: “Custando nada menos que tudo”.
T.S. Eliot: “O que chamamos de começo é amiúde o fim
É chegar a um fim é chegar a um início.
É do fim que começamos”.

Prece
D.W.W.: - Oh, Deus! Possa eu estar vivo quando morrer¹⁸⁸”.

Searles: Neste exato momento, apenas o meu sofá marrom brega me encanta.

(Risos)

Winnicott: Nos vemos daqui a quinze dias? Na última sexta do mês? No mesmo horário?

Douglas: Combinado.

Searles: Acabo de colocar a data em minha agenda.
 Até breve.
 Vejo vocês.

Winnicott: Bom descanso.

Douglas: Vou fechar a reunião. Obrigado pela presença.
 Tchau, tchau!

¹⁸⁸ Ver Clare Winnicott (2005, p.3). Na parte final de “*Quatro quartetos*” de Eliot (1943/1981) temos a seguinte passagem: “O que chamamos princípio é quase sempre o fim/ E alcançar um fim é alcançar um princípio. Fim é o lugar de onde partimos...” (pp.233-234).

CAPÍTULO 2

SIMBIOSE, DEPENDÊNCIA E CRIATIVIDADE

Leitores e leitoras,

Quinze dias após a nossa primeira reunião, reencontramo-nos.

Se naquele primeiro encontro predominou a fluidez do pensamento livre, em uma espécie de reconhecimento do terreno que percorríamos juntos, neste de hoje almejamos o rigor conceitual. Por isso, essa reunião exige a produção de um diálogo preciso.

Em seu fecundo trabalho com pacientes esquizofrênicos, Searles, com base no pensamento de Margaret Mahler¹⁸⁹, fez do conceito de simbiose um operador teórico-clínico privilegiado. Ainda no começo da década de 50, o autor já se mostrava conhecedor de situações clínicas nas quais ocorria uma espécie de rebaixamento das fronteiras egoicas na dupla analítica¹⁹⁰. Esse tipo de mistura lhe era familiar, mas Searles não tinha à disposição uma ferramenta conceitual que lhe permitisse compreender a indiferenciação vivida na transferência-contratransferência. Foi na busca por alcançar alguma compreensão desse tipo de indiferenciação que ele encontrou o conceito de simbiose.

Os textos de Searles podem ser lidos como uma corajosa tentativa de dar sentidos aos fenômenos clínicos de indiferenciação no trabalho analítico com pacientes profundamente regredidos, sejam eles psicóticos ou neuróticos. Com um arguto sentido crítico, ele não recuava diante dessa estranha da indiferenciação, e assim o fez porque sustentava a convicção de que só vivendo esse tipo de mistura analítica, sobretudo com os psicóticos, o analista se aproxima do mundo de seu paciente. Mais: é apenas na mistura que o trabalho terapêutico pode acontecer.

Imerso num caldo indiferenciado, o analista, desde que suporte a intensa gama de estados afetivos que surge nesses momentos de mistura, viverá uma experiência de rebaixamento de seus limites egoicos. Ele precisa estar atento: interpretar explicativamente a transferência seria uma forma de evitar a indiferenciação. As

¹⁸⁹ Ver Mahler (1968; 1982).

¹⁹⁰ Ver Searles (1951/1965; 1955/1965).

interpretações não perdem o seu lugar, mas elas precisam ver feitas de dentro dessa mistura. Dito de outro modo, cabe ao analista falar a partir e na indiferenciação encarnada, e não falar sobre ela como se fosse um observador externo, apenas um interpretador da dimensão intrapsíquica de seu paciente.

Engana-se quem pensa que Searles faz dessa mistura indiferenciada algo místico ou idealizado — reconheço que uma leitura ingênua de seu trabalho pode transmitir algo de guru ou de clínico mágico e onipotente, ou de um maluco genialmente intuitivo; mas, debruçando-nos com atenção e cuidado sobre o seu pensamento, encontramos ideias teórica e clinicamente consistentes.

Vamos a Winnicott.

No contexto da sociedade britânica de psicanálise entre os anos 40 e 60, tempo histórico no qual Winnicott construiu os fundamentos originais de sua teoria, os analistas do que ficou conhecido como “*Middle Group*”, ou grupo independente, reivindicavam a importância fundamental do ambiente na constituição psíquica — vimos isso em nossa primeira reunião. No pensamento desses analistas, o meio ambiente deixava de possuir um lugar secundário e passava a ser central no trabalho de análise, pois os adoecimentos que estavam além das neuroses exigiam um pensamento clínico que pudesse dar algum sentido aos traumas precoces — estava no ar algo do pensamento de Ferenczi, mesmo que implicitamente. Esses pacientes graves colocavam em questão a manutenção da análise centrada no trabalho interpretativo das fantasias enraizadas no corpo, das angústias, das defesas e dos objetos internalizados — modelo kleiniano na época. A clínica impunha ao analista a necessidade de se pensar sobre o ambiente que cuida do bebê, assim como do analista que cuida de seu paciente regredido.

Considerando que a psicanálise de seu tempo partia da constatação que certos processos psíquicos existiam desde o início da vida do bebê (relação objetal, projeção e introjeção, por exemplo), Winnicott identificou formas de adoecimentos que colocavam em questão a existência inata desses processos. Para ele, a psicanálise precisava se debruçar sobre os fenômenos constitutivos do ser humano. Quais são as condições ambientais que favorecem a capacidade de viver num corpo? Como alcançamos a capacidade de viver as relações com a realidade compartilhada? Como nos integramos no tempo e no espaço? São questões como essas que colocam o analista inglês diante da problemática da constituição humana.

Na teoria da dependência absoluta, encontramos algumas das respostas que Winnicott formula para essas perguntas. Há uma complexa teorização sobre as conquistas do bebê realizadas nessa etapa de máxima dependência, quando ele ainda não tem condição de reconhecer os objetos e estabelecer relações com eles. É neste momento da vida do bebê que ele pode alcançar, ou não, a capacidade de se integrar no tempo e no espaço, o alojamento da psique no corpo e iniciar o contato com a realidade compartilhada, mesmo que ainda não tenha capacidade de percebê-la como tal.

Searles e Winnicott, com dimensões e profundidades distintas, realizaram contribuições fundamentais sobre os processos iniciais da vida humana. Vejamos, leitores e leitoras, o uso que nossos interlocutores fazem dos conceitos de simbiose e de dependência.

Espero que possamos continuar juntos e que a reunião não se torne enfadonha ao ponto de vocês desistirem de acompanhá-la.

Brinquemos.

Vinte e nove de setembro dum ano qualquer...num mundo virtual...

Douglas: Olá, companheiros.

Winnicott: Boa tarde, Harold e Douglas.

Searles: Boa tarde.

Douglas: Me ouvem bem?

Searles: Sim, Douglas.

Winnicott: Com nitidez.

Searles: Que encontro providencial; permaneci ansioso para continuarmos a discussão que começamos há quinze dias. Em nossa primeira reunião, o tempo não nos permitiu detalhar o extenso material que Donald e eu escrevemos durante nossos vários anos de produção intelectual. Nós nos esforçamos para tão pouco? Obviamente, não.

Winnicott: Aproveitemos o nosso tempo, meu caro, estamos novamente juntos.

Douglas: Naquele dia, o meu conhecido nervosismo neurótico me sequestrou. Sei que ele trabalhará para ter o mesmo êxito do passado, mas me preparei para enfrentá-lo; a lona será o seu destino — vencerei a luta por nocaute; isso se a realidade compartilhada for obediente à minha imaginação, o que infelizmente, não costuma acontecer.

(Risos)

- Searles:** A loucura pessoal faz parte de quem nós somos — fugir dela é esconder-se de si mesmo¹⁹¹. Sou exibicionista e não tenho nenhum problema em expor minhas partes enlouquecidas.
- Winnicott:** Por ter perdido a minha capacidade de sonhar, busquei e encontrei a psicanálise¹⁹². Quando jovem, quebrei a clavícula e precisei receber cuidados médicos, e foi depois disso que decidi estudar medicina¹⁹³.
- Douglas:** Quanto mais nos apropriarmos de nossa humanidade, mais estaremos preparados para o ofício de analisar.

¹⁹¹Foi o sofrimento pessoal que levou Searles à psicanálise, e ele não deixava de expor a sua loucura. Em seu trabalho há, ao mesmo tempo, o exercício de liberdade e exibicionismo. Exemplo: Searles considerava o seu pai um homem de “caráter paranoico”, preconceituoso, um verdadeiro “porco chauvinista”; e a sua mãe era uma mulher de caráter esquizoide — ele não se envergonhava deste tipo de exposição, até mesmo parecia gostar dela. Em suas entrevistas com Langs, Searles relatou que, em sua juventude, viveu experiências quase psicóticas: “(...) “Agora, no verão, em casa entre meu segundo e terceiro anos, eu evitei por pouco um surto esquizofrênico e coisas aconteceram que não vou entrar em detalhes, mas claramente tinham esses aspectos. Eu nunca fui hospitalizado. Nunca perdi tempo de trabalho. Nunca fiquei na cama. Mas foi um momento muito delicado. Quando voltei para Cornell naquele outono, reduzi meus empregos externos por causa disso, de três para dois. Isso é um exemplo das pressões que eu estava enfrentando” (LANGS, SEARLES, 1980, p.12; tradução minha). No original: “Now in the summertime, at home between my second and third years, I narrowly avoided a schizophrenic break and things happened that I won’t go into but it clearly had those aspects. I was never hospitalized. I never lost any time from work. I never stayed in bed. But it was a very close thing. When I returned to Cornell that fall I cut down my outside jobs because of this from three to two. That’s a example of the pressures I was under” . No prefácio de seu livro sobre os casos-limites, Searles (1986b) escreveu: “Outra forma de dizer é que eu sei que estou longe de estar sozinho, entre os profissionais de saúde mental, ao carregar minha própria parcela de propensão para o uso de defesas *borderlines*” (p.xii, tradução minha). No original: “Another way of putting it is that I know that I am far from alone, among mental health professionals, in carrying around my own share of proclivity for the use of borderline defenses”. Para uma interessante discussão sobre a loucura do analista, recomendo o artigo de Dal Molin et al (2020). Sobre a crítica da normatividade em psicanálise, indico o trabalho de Gondar (2022).

¹⁹² Ao retornar de sua participação na primeira guerra, o jovem Winnicott, atento à existência de sua vida psíquica, perguntou-se porque perdera a capacidade de sonhar. Inquieto diante da perda dessa importante parte de sua experiência subjetiva, Winnicott foi à procura de respostas que pudessem lhe ajudar a compreender o que acontecia com ele. Foi nessa procura que Winnicott encontrou o livro de Oskar Pfister sobre a teoria freudiana dos sonhos. Ab’Saber (2021) faz um comentário pertinente sobre esse dado biográfico de Winnicott: “(...) é curioso, em sua insistência, como Winnicott procurava algo preciso, algo que ele não sabia existir, mas que já preconcebida de modo inconsciente, ou pré-consciente, com grande intensidade. Visto a posteriori, podemos dizer que, no episódio, Winnicott procurava a psicanálise, ou desejava a psicanálise, objeto que ele próprio não sabia existir, embora soubesse que devia existir. Como Freud comentou um dia, não apenas o profundo, mas também o elevado, podem ter origem e vigência no inconsciente humano. E como dizia Bion sobre essas coisas, o pensador estava à procura de seus pensamentos...” (p.27). Adiante, o analista brasileiro continua: “O forte vínculo primordial que Winnicott estabeleceu com a psicanálise foi construído, portanto, de maneira pessoal, com base em sua relação com a própria forma psíquica: seus próprios sonhos, e não-sonhos; seu próprio sintoma. Ou, sem outras palavras, sua própria vida” (p.28). A incapacidade de sonhar levou Winnicott ao encontro com psicanálise; ou como sugere Ab’Saber, o analista inglês encontrou o objeto que pressentia existir.

¹⁹³ Ver Rodman (2003).

Winnicott: O que chamamos sanidade pode ser um sintoma diante do medo da loucura¹⁹⁴. Somos pobres se somos apenas sãos¹⁹⁵.
Começemos a nossa discussão.

Douglas: Precisaremos de mais fôlego, pois os temas da dependência e da simbiose nos levarão longe. Podemos estender a reunião?

Winnicott: Sim, por mais meia hora. Além desse tempo, eu não aceito. Reuniões virtuais são cansativas. E não se esqueça que você se responsabilizou por controlar o nosso horário.

Douglas: O meu companheiro de ponteiros está em minha frente. Não me separarei dele, mesmo ele sendo um puta mala antipático.

Searles: Avancemos por mais trinta minutos.

Douglas: Como fiz na primeira reunião, farei citações e...

Winnicott: E? Não complique as coisas, Douglas!

Searles: Vejam só, não o sou o único que se estremece de raiva por aqui.

(Risos)

Searles: Bem-vindo ao clube dos que se irritam, Donald.

(Risos)

Winnicott: Sempre fiz parte dele, apesar de alguns desavisados me elevarem aos céus, sentando-me ao lado dos santos.

¹⁹⁴ Ver Winnicott (1945/2000).

¹⁹⁵ Ver Winnicott (1945/2000).

Douglas: Algumas leituras passam longe de suas ideias originais sobre a agressividade, o ódio e a destrutividade; assim como desconsideram as suas contundentes críticas ao sentimentalismo¹⁹⁶, Donald. Leituras superficiais de seus textos contribuem para a construção dum Winnicott paz e amor, um analista ingênuo que prega a palavra em prol do mundo pacificamente colorido. Um mito da paz e do amor – e olha que esse negócio de mito é uma merda, hein.

Winnicott: Nunca preguei a existência de uma vida idílica, tenham dó.

Searles: Ser incompreendido é uma droga; frequentemente, isso acontece comigo nos Estados Unidos¹⁹⁷.

Como estamos no começo de nosso encontro, aproveito para lhe dizer algo, Douglas: fique à vontade para fazer as suas citações, mas não atrapalhe a fluidez de nossa conversa. E, por favor, não seja um Robert Langs em minha vida¹⁹⁸.

¹⁹⁶Em diversas partes de sua obra, Winnicott critica o que ele chama de sentimentalismo. Em “*O ódio na contratransferência*” (1947/2000): “O sentimentalismo não tem utilidade para os pais, pois consiste numa negação do ódio, e do ponto de vista do bebê o sentimentalismo na mãe é muito prejudicial. Não creio que uma criança humana ao se desenvolver seja capaz de tolerar toda a extensão de seu ódio num ambiente sentimental. Ela precisa de ódio para odiar. Se isto é verdade, não podemos esperar que um paciente psicótico consiga tolerar o seu ódio pelo analista a não ser que o analista possa odiá-lo” (p.287). Em sua palestra “*A mãe dedicada comum*” (1966/2020): “Dá para imaginar que fui massacrado por conta dessa expressão, e há muita gente que se supõe que eu seja sentimental com as mães, que as idealize, que deixe os pais de fora, e que não percebo que algumas mães são bem ruins, até mesmo insuportáveis. Tenho que aguentar essas pequenas inconveniências porque não me envergonho do que está pressuposto nessas palavras” (p.18). Penso que o antídoto contra uma leitura sentimentalista de Winnicott, aquela pautada apenas em compreensões rasas do papel do ambiente, da dependência, do *holding* e da mãe suficientemente boa, está presente na teoria winnicottiana das raízes da agressividade e seus desdobramentos. Além disso, outra porção deste antídoto pode ser encontrada nos casos do autor, tais como Piggle (1978/1979), o caso B, descrito em “ *Holding e interpretação*” (1972/2010) e aqueles encontrados nas consultas terapêuticas (1971a/1984), pois, em sua prática clínica, vemos Winnicott trabalhando numa maneira complexa e distante de qualquer tipo de maternagem simplista.

¹⁹⁷ Ver Langs e Searles (1980).

¹⁹⁸Nas entrevistas publicadas em 1980 (LANGS; SEARLES), Langs explicitou a relação do pensamento de Searles com as teorias de outros analistas, tais como Bion, Klein, Winnicott e o casal Baranger. Searles reconheceu as relações feitas por Langs, mas, visivelmente, incomodou-se com a postura do colega. Ao final do livro, Searles, irritado, escreveu um texto reivindicando a sua originalidade. Na discussão dum atendimento da paciente Mrs. Douglas, Langs, após uma série de questionamentos sobre as intervenções de Searles, fez uma pergunta: “Langs: Tudo bem, então qual é a interpretação inconsciente dela para você, se me permite fazer essa pergunta?”. Searles: “Bem, você está me incomodando muito agora. Você tem a chance de aprender como a terapia intensiva com uma mulher enormemente psicótica é feita”. Langs: “Certo, mas eu quero seguir em frente”. Searles: “Então não me ensine demais”. Langs: “Eu não sei como fazer de outra forma. Bem, deixe-me dizer de forma positiva então. Acho que minha pergunta foi muito provocativa” (p.211, tradução minha). No original: “Langs: All right, so what is her unconscious interpretation to you, if I may put it as a question? Searles: “Well, you’re being very

(Risos)

Winnicott: Não entendi a piada. Como foi Robert Langs em sua vida?

Searles: Um sujeitinho arrogante e atrevido.

Winnicott: Não precisamos duma figura dessas aqui.

Searles: Não, não, e não, evidentemente; e é por isso que peço para o nosso jovem brasileiro não representar esse tipo de gente.

Douglas: A inserção das teorias de vocês num contexto dialógico favorece a compreensão dos conceitos e das noções com as quais ambos trabalham. Por isso, meu caríssimo colega americano, me cabe ser um tanto Robert Langs, apesar dos efusivos pedidos no sentido contrário.

Searles: Que inferno, Douglas!

(Risos)

Douglas: Mas não adotarei aquele tom professoral; não tenho inclinações para isso, fique tranquilo.

Winnicott: Não percamos mais tempo, por favor.

Douglas: Começemos a discussão dos conceitos de simbiose e dependência.

Searles: Outra proposta tão pequena quanto o Atlântico.

Winnicott: Você sugere que discutamos tudo o que escrevemos sobre esses assuntos?

annoying to me now. You've got a chance to learn how intensive psychotherapy with as enormously psychotic woman is done". Langs: "Right, but I want to take up the way. Searles: "So don't teach me too much". Langs: I don't know how else to do it. Well, let me just say it positively then. I think that my question was too provocative" (p.211).

Searles: Ou quem sabe você nos convidará para uma rápida viagem pelo Pacífico?

Douglas: Não sugiro uma expedição pelos mares, Harold. Me ouça antes de tirar as suas conclusões!

Winnicott: Continue, Douglas, por favor.

Douglas: A continuação de nosso papo sobre os ambientes, o humano e não-humano, nos levou aos conceitos de simbiose e dependência — isso ficou claro no final de nossa reunião anterior. Mas o que esperamos duma discussão sobre esses dois conceitos? *Penso que o nosso objetivo é apresentar e discutir os modos como vocês conceituam as experiências iniciais da vida humana. A nossa lente continua focada nos inícios.*

Winnicott: Alegre-se, Harold, eis que a simbiose ganha o palco, com todos os holofotes que lhe é de direito.

Searles: Além de se irritar, você é demasiadamente humano e irônico, Donald.

(Risos e breve silêncio)

Douglas: É explícita a influência que Margaret Mahler exerceu sobre você, Harold.

Searles: As contribuições de Mahler foram úteis para mim, é verdade, e eu explicito essa dívida intelectual, apesar de Mahler não reconhecer os meus feitos originais¹⁹⁹. Mas, e isso também é verdade, antes de começar a usar os termos propostos por ela, eu estava atento aos fenômenos da indiferenciação na clínica com pacientes esquizofrênicos.

Douglas: No desenvolvimento de nossa discussão, vamos falar sobre os seus primeiros artigos.

¹⁹⁹Ver Langs e Searles (1980).

Searles: Mahler usou nomes precisos, a saber, autismo, simbiose e individuação, para descrever as diferentes formas de interação entre mãe e bebê; e eu os usei na compreensão dos tipos de relações estabelecidas entre paciente e terapeuta.

Winnicott: Isso é biologia, não diz respeito ao que acontece entre mãe e bebê.

Searles: Esqueçam a biologia.
Em meus primeiros artigos²⁰⁰, eu estava atento ao modo como terapeuta e paciente se entrelaçam numa sessão; mas, como um pensamento precisa chegar à maturidade para se desfazer de seus equívocos naturais, eu ainda não tinha a convicção de que a simbiose era necessária para o tratamento dos pacientes esquizofrênicos, e esse conhecimento eu conquistei durante os meus longos anos de experiência.

Douglas: Mahler traçou uma linha de desenvolvimento que tem início no autismo normal, momento precoce da vida no qual o bebê se satisfaz de forma onipotente, visto que ainda não há qualquer indício do mundo exterior.

Searles: Sim, ela considera que existe um autismo normal no desenvolvimento humano.

Douglas: Na sequência desse momento autista normal, vem a fase simbiótica normal. O bebê vive a experiência de unidade dual com a mãe — eis um modo paradoxal de pensamento, tão presente nos textos de Donald.

Winnicott: Penso por paradoxos.

²⁰⁰ Ver Searles (1948/1978-1979; 1951/1965; 1955/1965).

Douglas: Depois da simbiose normal, ocorre o processo de diferenciação entre a criança e a mãe, o que caracteriza a fase de separação-individuação²⁰¹.

Faço uma citação de Mahler:

Minha concepção da fase simbiótica do desenvolvimento normal encaixa-se, do prisma do bebê, com o conceito da fase simbiótica da unidade dual mãe-filho descrita por Therese Benedeck (1949, 1959, 1960) em vários ensaios clássicos, no sentido dos parceiros da unidade primária. Conquanto, durante a fase simbiótica, o bebê é *absolutamente* dependente do parceiro simbiótico, é óbvio que a simbiose possui significado muito diferente para o parceiro adulto da unidade dual. Enquanto a necessidade que o bebê tem da mãe é absoluta, a necessidade que esta tem do bebê é relativa (Benedeck, 1959). O termo *simbiose*, usado neste contexto, é uma metáfora. Não descreve, como o conceito biológico de simbiose, o que realmente acontece entre dois indivíduos (Angel, 1967). Foi escolhido para descrever aquele estado indiferenciado de fusão com a mãe, no qual o “eu” ainda não está diferenciado do “não-eu” e em que “dentro” e “fora” estão gradualmente começando a ser percebidos como diferentes²⁰².

Searles: A simbiose é um conceito e uma metáfora útil que nos ajuda a compreender os fenômenos de indiferenciação²⁰³.

Winnicott: E como você trabalha com esse conceito?

Searles: Para esmiuçar a minha maneira de trabalhar com ele, eu teria que ter uma reunião inteira à minha disposição.

Douglas: Tenho familiaridade com seus artigos e livros, e conheço textos específicos que nos ajudarão a entender o que é essencial em pensamento sobre a simbiose. Se trabalharmos com eles, a sua apresentação será completa.

Winnicott: Mantenho-me atento.

²⁰¹ Mahler divide a fase de separação-individuação em quatro subfases: 1) diferenciação; 2) treinamento; 3) reaproximação e 4) individuação e consolidação do objeto (RIBEIRO; CAROPRESO, 2018). Seguindo o nosso objetivo, não trataremos com mais detalhes os trabalhos de Mahler, pois ele nos serve apenas como um instrumento para chegarmos ao pensamento de Searles sobre a simbiose. Aos interessados em uma introdução às contribuições da autora, indico o supracitado artigo de Ribeiro e Caropreso.

²⁰² Ver Mahler (1967/1982, p.67, grifos da autora).

²⁰³ Ver Searles (1959a/1965; 1959b/1965).

Searles: Para entendermos o nosso assunto principal, a simbiose, temos que conversar sobre o autismo e a individuação.

Douglas: Concordo com você.

Searles: Escrevi muito sobre o autismo e a simbiose patológica, que é uma forma de relação interpessoal que impede o crescimento do paciente; enquanto a simbiose terapêutica é um tipo de relação interpessoal que leva o paciente a se desenvolver rumo ao que denomino individuação, ou seja, a experiência de viver o mundo como um ser humano inteiro e separado dos demais e do ambiente não-humano; mas não podemos esquecer que essa separação nunca é completa e sempre estamos, em algum grau, indiferenciados do mundo e das outras pessoas²⁰⁴.

Eu gostaria que ouvissem alguma das sessões que gravei com a senhora Joan Douglas, uma paciente esquizofrênica crônica com a qual trabalhei por mais de duas décadas. Com o consentimento dela, gravei nossas sessões por anos²⁰⁵. Consigo compartilhar o conteúdo de minhas fitas de gravação com vocês?

Douglas: Muitas de suas vinhetas clínicas são exemplos retirados dos atendimentos de Joan Douglas.

Searles: Ela é uma paciente importantíssima.

Winnicott: Vamos falar dela quando tratarmos a transferência. Não é melhor?

Searles: Vocês vão adorá-la.

Douglas: Será um prazer conhecer a minha xará.

²⁰⁴ Ver Searles (1959a/1965; 1961a/1965; 1970/1979; 1971/1979; 1972b/1979).

²⁰⁵ Searles atendeu Joan Douglas por mais de duas décadas. Nas entrevistas com Langs, o nosso colega apresentou e discutiu partes do processo analítico com essa paciente. Ela também está presente em outros artigos (SEARLES, 1972c/1979; 1975/1979).

(Risos)

Searles: Os conceitos de autismo, simbiose e individuação são importantes não apenas para entendermos os terríveis fenômenos da esquizofrenia, mas também são úteis no trabalho analítico duma maneira geral, seja com neuróticos ou psicóticos²⁰⁶. Esses conceitos representam o que considero etapas sucessivas de desenvolvimento do Eu, de modo que o caminho que cada paciente precisará percorrer na análise dependerá de como foram as suas vivências precoces. Ressalto que é difícil fazer uma distinção clara entre essas etapas, e sei que esse modo de pensar em fases possui uma alta dose de artificialidade, mas é um esforço teórico que precisa ser feito, pois precisamos de ferramentas para entender o que se passa entre terapeuta e paciente²⁰⁷.

Douglas: Tive uma ideia.

Winnicott: E qual é?

Douglas: Trabalhar com seus artigos mais maduros sobre a simbiose, Harold, coloca-nos no cerne de seu pensamento.

Searles: Essa não foi a sua sugestão?

Douglas: Sim, mas mudei de ideia.

Searles: Então diga logo o que quer, Douglas, não demore!

²⁰⁶ Ver Searles (1971/1979).

²⁰⁷ Ver Searles (1971/1979): “As categorias que descreverei de simbiose patológica, autismo, simbiose terapêutica e individuação retratam o que considero como fases sucessivas de desenvolvimento do ego na terapia. Se um paciente precisa passar por todo esse percurso dependerá do nível de desenvolvimento do ego que ele já tenha alcançado no início. Ele pode já ter alcançado, por exemplo, uma forte capacidade para uma relação terapêuticamente simbiótica, nesse caso, as duas primeiras fases do desenvolvimento do ego seriam relativamente pouco evidentes em seu tratamento” (p.133, 1971/1979, tradução minha). No original: “The categories that I shall describe of pathologic symbiosis, autism, therapeutic symbiosis, and individuation depict what I regard as successive phases of ego development in therapy. Whether any one patient needs to run that whole course will depend upon the level of ego development he has already attained at the beginning. He may already have achieved, for example, a strong capacity for a therapeutically symbiotic relatedness, in which case the first two phases of ego development would be relatively little in evidence in one’s work with him”.

Douglas: Se eu estivesse participando de nossa reunião como ouvinte, ou se fosse um leitor das transcrições de nossas conversas, ficaria entusiasmado em ouvir, ou ler, uma apresentação, mesmo que breve, do trajeto que você percorreu até chegar ao tema da simbiose.

Winnicott: Gostei da nova sugestão.

Searles: Para seguir com a sua ideia, repetirei partes daquilo que disse na reunião anterior.

Winnicott: E qual o impedimento de fazer desta forma?

Searles: Nenhum, você tem razão; então oercorro esse novo caminho. Iniciei o meu trabalho no Chestnut Lodge em 1949, trabalhei nesse hospital por quinze anos, e como terapeuta comecei a atender pacientes esquizofrênicos crônicos internados; fazia isso com uma frequência de quatro sessões semanais, cada uma com cinquenta minutos de duração. Pouco tempo depois de chegar ao hospital, comecei a escrever e publicar artigos sobre o trabalho que desenvolvia com esses pacientes²⁰⁸.

Winnicott: O Chestnut Lodge teve um papel decisivo para você, Harold, da mesma maneira como o Paddington Green teve para mim.

Searles: Por um lado sim, Donald, pois foi no Chestnut Lodge que desenvolvi minha prática clínica de maneira aprofundada; mas, por outro, não, pois sinto uma profunda ambivalência em relação ao hospital. Você trabalhou por muito tempo no hospital pediátrico, e ainda trabalha, e não me parece ter esse tipo de ambivalência²⁰⁹. Deus sabe como Chestnut Lodge foi importante para mim, mas também como ele era um lugar avassalador.

Winnicott: O hospital pediátrico sempre me foi familiar.

²⁰⁸ Ver Searles (1965).

²⁰⁹ Ver Langs & Searles (1980).

Searles: Rapidamente, comentarei alguns pontos de meus artigos iniciais; tenho certeza de que esses comentários nos ajudarão a visualizar o caminho que percorri até chegar ao conceito de simbiose²¹⁰.

No texto sobre a incorporação, publicado em 1951, apresentei como, nas sessões com os pacientes esquizofrênicos crônicos, eu notava uma tendência de incorporação mútua na relação interpessoal, e essa incorporação parecia apontar para a diminuição das fronteiras entre o terapeuta e o paciente. Havia um tipo de interação na qual uma pessoa tentava anular a existência da outra como entidade separada, o que fazia com que cada membro da dupla analítica lutasse para não ser devorado pelo outro. Notei que esse modo de relação está na base de nossas primeiras interações interpessoais²¹¹.

Douglas: No tratamento dos pacientes esquizofrênicos, o analista se vê imerso num tipo de contato humano no qual as fronteiras egoicas são diminuídas. Esse modo de interação da dupla em análise tem a função defensiva de impedir que o paciente reconheça o analista como outro, pois esse reconhecimento despertaria afetos intensos que causariam um estado confusional para o esquizofrênico²¹².

²¹⁰ Ver Searles (1951/1965; 1955/1965).

²¹¹ Searles afirma: “Esse modo particular de relacionamento interpessoal é um fenômeno universal, pois é a primeira forma de relacionamento com outras pessoas para todos. Se o desenvolvimento da personalidade da criança seguir um curso relativamente sem obstáculos, esse modo de interação diminui em intensidade e frequência à medida que ela amadurece. No entanto, em pacientes como aqueles aqui em discussão, o processo de maturação foi de alguma forma interferido durante os primeiros meses ou os primeiros anos de vida, de modo que esse modo de interação permanece predominante em seu comportamento” (1951/1965, p.39, tradução minha). No original: “This particular mode of interpersonal relationship is a universal phenomenon, since it is for everyone the earliest mode of relationship with other people. If the child’s personality development follows a relatively unimpeded course, this mode of interaction decreases in intensity and frequency as he matures. In such patients as those here under discussion, however, the process of maturation has somehow been interfered with during the early months or the very early years of life, so that this mode of interaction remains predominant in their behaviour.

²¹² Encontramos “Muitas evidências se acumularam, então, sugerindo que durante o impasse, na fase incorporadora da relação de tratamento, cada um de nós havia incorporado sua própria personalidade dentro da ‘personalidade’ do outro, a fim de evitar reconhecer a intensidade total dos sentimentos internos, que a desincorporação, ou o funcionamento como indivíduos separados, posteriormente nos fez reconhecer dentro de nós mesmos” (1951/1965, p.67-68). No original: “Much evidence then accumulated which suggested that during the stalemate, the incorporative phase of the treatment-relationship, each of us had been incorporating his own personality within the ‘personality’ of the other in order to avoid recognizing the full intensity of inner feelings which disincorporation, or functioning as separate individuals, subsequently caused us to recognize within ourselves” (p.67-68).

Searles: Com o passar do tempo, percebi que o que descrevia como incorporação, nesse artigo de 1951, é parte da simbiose. Em meus primeiros textos, ainda não tinha a clareza do papel terapêutico do relacionamento simbiótico²¹³.

Douglas: Ainda que você não tivesse a clareza conceitual do que se passava na transferência e contratransferência com esse tipo de paciente — ora usava o termo incorporação ou identificação, ora dependência — o fenômeno da indiferenciação era um velho conhecido. *O seu interesse pela simbiose surgiu da necessidade de encontrar algum operador teórico que explicasse os fenômenos clínicos de indiferenciação vivido na análise.*

Searles: Quem diria, hein, Donald? Veja isso: o nosso jovem interlocutor faz comentários bem pertinentes. Continue assim, meu jovem.

Winnicott: É preferível um interlocutor jovem disposto ao diálogo verdadeiro, Harold, do que um analista experiente que acha que tudo sabe.

Douglas: Viu só, Harold?

Searles: Não se empolgue muito, rapaz!

(Risos)

Searles: Outro passo em direção ao conceito de simbiose foi dado em meu artigo sobre a vulnerabilidade do esquizofrênico aos processos inconscientes do analista²¹⁴.

Douglas: Se, antes desse trabalho de 1958, a indiferenciação era interpretada como uma defesa contra o reconhecimento do outro como uma entidade pessoal separada, a partir desse artigo ela passa a ter outro sentido: o

²¹³ Ver introdução do livro de Searles (1965).

²¹⁴ Ver Searles (1958/1997).

esquizofrênico, por meio do fenômeno de indiferenciação, capta aspectos reprimidos ou dissociados do inconsciente do analista e os trata dentro de si²¹⁵.

O esquizofrênico, neste sentido, tem em si uma antena de captação do inconsciente dos outros. Por ter um mínimo grau de diferenciação entre ele e o mundo, esse tipo de paciente tem a capacidade de perceber a realidade dum maneira fina e detalhada, pois o mundo invade os seus poros.

Searles: Destaquei o aspecto introjetivo nos sintomas psicóticos. Pela introjeção, o esquizofrênico capta os elementos reprimidos e dissociados do analista e os usa na produção de seus próprios sintomas.

Douglas: Os sintomas são interpretados como produções intersubjetivas da dupla analítica²¹⁶. A comunicação não-verbal passa a ser mais importante do que a verbal, pois é por meio dela que a introjeção e a projeção acontecem o tempo todo, num ir e vir contínuo.

Searles: Como relatei nesse artigo, percebi que um de meus pacientes esquizofrênicos temia ser atacado e ouvia vozes que o atormentavam. Era um homem violento, e a sua violência me assustava. Certa vez, sonhei que lutávamos e o paciente me levava preso; só assim pude perceber o quanto o temia e o detestava, aquele louco filho da puta²¹⁷.

Douglas: Esse é o aspecto central do texto: a hipótese de que o paciente introjeta conteúdos inconscientes do analista para tratá-los dentro de si, e assim o faz com o objetivo de o analista reintrojetar essas partes “curadas”²¹⁸. E

²¹⁵ Ver Searles (1958/1997).

²¹⁶ Aos interessados numa análise detalhada desse trabalho de Searles, ver Pereira & Coelho Junior (2022). Neste artigo, destacamos as relações entre essa parte do pensamento de Searles e as proposições de Bion sobre o continente-conteúdo, as ideias do casal Baranger sobre o campo analítico e o conceito de terceiro analítico de Ogden.

²¹⁷ Na reunião sobre a contratransferência, voltaremos a esse caso.

²¹⁸ Essa ideia de que o paciente trata dos aspectos reprimidos ou dissociados do analista está na base do que virá a ser a proposta mais original e ousada de Searles: a afirmação de que há uma tendência psicoterapêutica inata nos humanos que se manifesta na transferência-contratransferência (1975/1979). Trataremos disso nas próximas reuniões.

o mesmo ocorre do lado do analista, que é quem introjeta partes do inconsciente do paciente e as trata dentro de si para que possam ser reintrojetadas de uma forma digerível²¹⁹.

Não se trata mais de incorporação ou anulação do outro, ou algo que o valha. Há uma mudança de rumo que o leva à seguinte constatação: *o fenômeno de indiferenciação está no centro do trabalho terapêutico com os pacientes esquizofrênicos, pois é neste tipo de experiência simbiótica que, regressivamente, a dupla analítica experimenta um novo relacionamento significativo.*

Searles: Foi em meu primeiro artigo sobre a indiferenciação²²⁰ que destaquei a dimensão terapêutica da simbiose.

Douglas: Cito você:

(...) Além disso, uma das principais funções dessa simbiose é, em minha experiência, possibilitar que a integração crescente do paciente ocorra como que *externamente* a si mesmo, na experiência intrapsíquica do terapeuta, como prelúdio para seu desenvolvimento em um nível intrapsíquico dentro do próprio paciente. Por mais místico que isso pareça, está fundamentado em fenômenos clínicos logicamente compreensíveis²²¹.

Searles: As mudanças psíquicas ocorrem dentro do terapeuta, num nível intrapsíquico e não-verbal, e só depois podem ser recebidas pelo paciente em uma dimensão interpessoal. Isso ocorre por meio da simbiose entre terapeuta e paciente.

De uma forma geral, como já vimos, o desenvolvimento consiste numa sucessão de etapas que se relacionam entre si. Neste sentido, antes que se alcance a capacidade de viver como uma pessoa separada das demais, a criança precisará ter vivido a experiência simbiótica com a sua mãe.

²¹⁹ É clara a proximidade entre essa parte do pensamento de Searles (1958/1997) e as proposições de Bion (1962/2021) do continente-conteúdo (OGDEN, 2007/2014; PEREIRA; COELHO JUNIOR, 2022).

²²⁰ Ver Searles (1959a/1965).

²²¹ Ver Searles (1959a/1965, pp.308-309, grifo do autor, tradução minha). No original: “Further, one of the major functions of this symbiosis is, in my experience, that it enables the patient’s increasing integration to occur as it were *external* to himself, in the intrapsychic experience of the therapist, as a prelude to its development at an intrapsychic level within the patient himself. Mystical though this sounds, it is based upon logically understandable clinical phenomena”.

Douglas: Outra citação sua:

(...) Em termos gerais, o desenvolvimento psicológico normal consiste em estágios sucessivos de diferenciação da personalidade, sendo cada estágio fundamentado em uma integração recém-adquirida. Assim, um desenvolvimento intrauterino razoavelmente saudável é necessário para a existência pós-natal inicial; uma relação simbiótica entre o bebê e a pessoa que o cuida é essencial para a diferenciação do ego do bebê como algo distinto do mundo ao seu redor; um nível efetivo de comunicação não verbal entre bebê e mãe deve ser estabelecido antes que o início da comunicação verbal possa emergir nessa relação; e uma comunicação verbal razoavelmente confiável deve ser estabelecida, em um nível concreto, entre a criança e as pessoas ao seu redor, antes que ela possa alcançar a diferenciação mais adulta entre pensamento e fala concretos e literais, por um lado, e pensamento e fala abstratos e metafóricos, por outro²²².

Searles: A mãe do esquizofrênico, na vida pregressa do paciente, fora uma pessoa tipicamente ansiosa e precariamente integrada, cuja ansiedade se intensificou em sua relação com o bebê, o que impediu a criação dum relacionamento simbiótico saudável.

Douglas: Você assim afirmou:

²²² Ver Searles (1959b/1965, p.320-321, tradução minha). No original: “In the most general terms, normal psychological development consists in successive stages of personality differentiation, each such stage being grounded in a newly won integration. Thus a reasonably healthy intra-uterine development is necessary to the earliest post-natal existence; a symbiotic relatedness between the infant and the mothering person is essential to the differentiation of the infant’s own ego as distinct from the world about him; an effective level of non-verbal communication between infant and mother must be established before the beginnings of verbal communication can emerge in that relationship; and reasonably reliable verbal communication must be established, at a concrete level, between the child and those about him, before he can achieve the still more adult differentiation between concrete, literal thought and speech on the one hand, and abstract, metaphorical thought and speech on the other” (p.320-321).

A mãe é tipicamente uma pessoa profundamente ansiosa e precariamente integrada, cuja ansiedade crônica provavelmente é intensificada em suas interações com o bebê por causa da relação simbiótica — com seus elementos de incorporação mútua (Searles, 1951) e pobre definição de fronteiras egoicas— que o bebê precisa e, portanto, busca estabelecer com ela. Assim, no relacionamento com o bebê, sua própria desorganização de personalidade é provavelmente ainda maior do que o normal. Uma mãe particularmente mal organizada e instável foi descrita por seu filho mais velho, não esquizofrênico, como alguém que voltava para casa da igreja Batista no domingo de manhã em um estado beatífico de exaltação religiosa e, no momento seguinte, lançava furiosamente uma panela na direção de uma das crianças. Sua filha esquizofrênica insistiu por anos, durante sua terapia comigo, que ela não tinha apenas uma, mas muitas mães e me explicou uma vez: “Sempre que você usa a palavra ‘mãe’, eu vejo um desfile inteiro de mulheres, cada uma representando um ponto de vista diferente²²³”.

Searles: A dificuldade de a mãe se entrelaçar com o seu filho num relacionamento simbiótico se deve, em grande medida, ao aumento de ansiedade que a simbiose provoca nela, pois o bebê a convida a experimentar estados de diminuição das fronteiras do Eu, o que pode ser insuportável para algumas pessoas. Além disso, esse tipo de mãe, por ter dificuldades em perceber o seu bebê de forma completa, não o auxilia na constituição de si como um ser individual, pois ela não o ajuda a realizar integrações de suas partes, e isso o impede de se constituir como uma pessoa diferenciada do ambiente humano e não-humano.

Separei outro trecho que quero citar.

De minha perspectiva, as raízes etiológicas da esquizofrenia se formam quando a simbiose mãe-bebê não se resolve em uma individuação da mãe e do bebê — ou, ainda mais prejudicialmente, não se torna firmemente estabelecida de forma alguma — devido a uma profunda ambivalência por parte da mãe que dificulta a integração e diferenciação do ego do bebê e da criança pequena. O filho não consegue avançar pelas fases normais de desenvolvimento

²²³ Ver Searles (1959b/1965, pp.321-322, tradução minha). No original: “The mother is typically a deeply anxious, precariously integrated person whose chronic anxiety is probably intensified in her dealings with her young infant by reason of the symbiotic relatedness — with its concomitants of mutual incorporation (Searles, 1951) and poor definition of ego-boundaries — which the infant needs, and therefore strives to establish with her. Thus, in the relationship with the infant her own personality disorganization is probably even greater than usual. One particularly poorly organized, changeable mother was described by her non-schizophrenic eldest son as typically coming home from the Baptist church on Sunday morning in a beatific state of religious exaltation, and the next moment furiously throwing a kitchen pot at one of the children. Her schizophrenic daughter insisted for years, in her therapy with me, that she had had not one but many mothers, and once explained to me, “Whenever you use the word “mother”, I see a whole parade of women, each one representing a different point of view””.

de simbiose e subsequente individuação; em vez disso, o núcleo de sua personalidade permanece informe, e a fragmentação e desdiferenciação do ego tornam-se defesas poderosas, embora profundamente primitivas, contra a consciência da ambivalência no objeto e em si mesmo. Mesmo no desenvolvimento normal, torna-se uma pessoa individuada apenas ao enfrentar e aceitar a propriedade de seus sentimentos ambivalentes de amor e ódio em relação à outra pessoa. Para a criança que eventualmente desenvolve esquizofrenia, a ambivalência com a qual ele teve que lidar em seu relacionamento com a mãe foi muito grande, e a formação de seu ego foi grandemente impedida, tornando impossível a integração de seus estados de sentimento conflitantes em uma identidade individual²²⁴.

Searles: Um aspecto etiológico da esquizofrenia é a impossibilidade de a mãe suportar o estabelecimento da relação simbiótica saudável com a criança; e a simbiose até pode se iniciar, mas, patologicamente, se torna uma prisão que impede que a criança alcance um estado de individuação.

Douglas: Quando a mãe não suporta a gama de sentimentos que surgem na relação simbiótica com o seu filho, ou ela não aceita esse modo de interação, ou convida o pequeno humano para um tipo de simbiose patológica, que tem o objetivo de impedir que a criança alcance a individuação. Por amor, a criança se sacrifica e se mantém no papel cuidador dela.

Searles: Por não ter tido experiências que lhe possibilitasse se desenvolver como uma pessoa minimamente integrada e diferenciada, o esquizofrênico estabelece uma relação transferencial simbiótica com o analista, o que significa que há uma regressão a um nível muito inicial de desenvolvimento.

²²⁴ Ver Searles (1961a/1965, pp. 523-524, tradução minha). No original: “To my way of thinking, the aetiological roots of schizophrenia are formed when the mother-infant symbiosis fails to resolve into individuation of mother and infant—or, still more harmfully, fails even to become at all firmly established—because of deep ambivalence on the part of the mother which hinders the integration and differentiation of the infant’s and young child’s ego. The child fails then to proceed through the normal developmental phases of symbiosis and subsequent individuation; instead, the core of his personality remains unformed, and ego fragmentation and dedifferentiation become powerful, though deeply primitive, unconscious defenses against the awareness of ambivalence in the object and in himself. Even in normal development, one becomes a separate person only by becoming able to face, and accept ownership of, one’s ambivalent feelings of love and hate towards the other person. For the child who eventually goes on to schizophrenia, the ambivalence with which he had to cope in his relationship with his mother was too great, and his ego-formation too greatly impeded, for him to be able to integrate his conflictual feeling-states into an individual identity”.

Douglas: Vou citar um trecho da página 339:

Esse modo de relacionamento simbiótico é necessariamente mútuo, com a participação tanto pelo terapeuta quanto pelo paciente. Assim, o terapeuta precisa vivenciar não apenas a gratificação oceânica, mas também a ansiedade envolvida em compartilhar uma unidade subjetiva simbiótica com o paciente esquizofrênico. Essa relação, com sua falta de fronteiras egoicas sentidas entre os dois participantes, às vezes envolve uma sensação de profunda satisfação, uma comunhão sentida que não precisa de palavras, caracterizando um relacionamento amoroso entre mãe e bebê. Mas em outros momentos, isso envolve o terapeuta sentindo-se incapaz de se diferenciar da personalidade patológica do paciente. Ele se sente impotente, preso na profunda ambivalência do paciente. Ele se sente unido ao ódio, desespero e amor frustrado do paciente, e às vezes não consegue distinguir entre seu próprio efeito subjetivamente prejudicial sobre o paciente e a doença que afligia o paciente quando ele, o terapeuta, primeiro se dispôs a ajudá-lo²²⁵.

Douglas: O analista vive a experiência de indiferenciação; ele se mistura com o paciente a ponto de não saber de quem é a patologia, se dele, analista, ou do paciente²²⁶. Talvez os desavisados possam pensar que a simbiose é um encontro maravilhoso, mas você não se cansa de nos mostrar que ela é uma coisa braba, bem braba.

(Risos)

Searles: Existirão momentos de contentamento e troca de amor mutuo, é verdade; mas, do mesmo modo, haverá uma interação sádica, confusa, odiosa e enlouquecida.

²²⁵ Ver Searles (1959b/1965, p.339, tradução minha). No original: "This symbiotic mode of relatedness is necessarily mutual, participated in by therapist as well as patient. Thus the therapist must come to experience not only the oceanic gratification, but also the anxiety involved in his sharing a symbiotic, subjective oneness with the schizophrenic patient. This relatedness, with its lack of felt ego-boundaries between the two participants, at times involves the kind of deep contentment, the kind of felt communion that needs no words, which characterizes a loving relatedness between mother and infant. But at other times it involves the therapist's feeling unable to experience himself as differentiated from the pathology-ridden personality of the patient. He feels helplessly caught in the patient's deep ambivalence. He feels at one with the patient's hatred and despair and thwarted love, and at times he cannot differentiate between his own subjectively harmful effect upon the patient, and the illness with which the patient was afflicted when he, the therapist, first undertook to help him (p.339).

²²⁶ Contemporaneamente, diríamos que de trataria duma patologia da dupla ou do campo analítico.

Winnicott: Vejo que a sua maneira de trabalhar com a simbiose é mais complexa do que eu imaginava.

Searles: Num trabalho de 1961 distingo fases de relacionamento entre paciente e terapeuta na psicoterapia da esquizofrenia²²⁷.

Douglas: Utilizando os termos desenvolvidos por Mahler, você postulou:

A fase fora-de-contato: o paciente vive como se não tivesse nenhuma relação com o analista. O analista se sente isolado e inútil, pois as suas intervenções parecem cair no nada. Para o paciente ainda não há qualquer possibilidade de estar em relação-com. Por isso, não cabe realizar interpretações da transferência;

Simbiose ambivalente: após um longo período de quase total silêncio, que pode durar por meses ou anos, se inicia um modo de relação interpessoal com o analista. Nesta fase, o analista não se sente mais isolado, pois há contato com o paciente. Predomina sentimentos ambivalentes intensos;

Simbiose pré-ambivalente: se a dupla sobreviver à tormenta emocional vivida na fase de simbiose ambivalente, alcança-se um estado amoroso de completude e júbilo. Se trata dum momento de total entrelaçamento. A dupla analítica pode até mesmo sentir que não há nenhum mundo exterior fora desse relacionamento simbioticamente amoroso;

Resolução da simbiose: após oscilações entre essas fases anteriores, emerge na dupla a necessidade de separação. Esse é um momento delicado, pois, caso o analista não suporte a intensidade afetiva da separação, ele pode atuar de maneira antiterapêutica e perpetuar o estado de relacionamento simbiótico;

Individuação: como resultado da luta vivida na fase de resolução da simbiose, paciente e terapeuta alcançam a possibilidade de se

²²⁷ Ver Searles (1961a/1965).

relacionarem como duas pessoas separadas. É neste momento que a alteridade é alcançada.

Cada uma dessas fases se refere a etapas de desenvolvimento do Eu²²⁸. Seguindo o seu pensamento clínico, uma análise seguirá um roteiro regressivo rumo a essas etapas de desenvolvimento do Eu — é claro que isso dependerá da psicopatologia do caso. Sendo assim, cada uma delas fomenta um tipo de dinâmica transferencial.

Searles: Em 1961 eu rechacei o uso do termo ‘autista’ para designar esse tipo de experiência de fechamento do paciente esquizofrênico, e assim o fiz porque não achava adequado considerar a esquizofrenia nos termos freudianos, isto é, como uma regressão da libido ao nível do narcisismo. Em minha opinião, o que ocorre na esquizofrenia é uma indiferenciação regressiva a um nível muito inicial do desenvolvimento egoico, no qual não há diferenciação entre o mundo externo e o bebê²²⁹.

Douglas: Num primeiro momento, você recusou o termo autista porque o via diretamente relacionado à regressão da libido ao autoerotismo, tal como Freud propôs em sua discussão sobre o caso Schreber²³⁰; enquanto a regressão que você propõe está relacionada ao movimento de retorno às modalidades primitivas de experiência do Eu.

Winnicott: Nisso você se aproxima de meu modo de ver as coisas, Harold. Quando falo de regressão à dependência, refiro-me a um movimento regressivo rumo às etapas mais iniciais do desenvolvimento humano. Não uso esses termos que você usa, e acredito que não estou de acordo com eles, mas a ideia da regressão ligada do Eu me é útil.

²²⁸ Ver Searles (1961a/1965).

²²⁹ Ver Searles (1961a/1965).

²³⁰ Ver Freud (1911/2010).

Searles: Posteriormente, eu comecei a chamar de fase autista o que antes designava por fase fora-de-contato. Passei a não ver problemas em relacionar essa fase com o autismo.

Falarei algo sobre a minha maneira de usar o termo autismo em meu trabalho. Começo com um exemplo clínico²³¹. Uma mulher ansiava provocar em mim, conscientemente, respostas emocionais, e ela expressava o seu sentimento de dor, ira, insatisfação, desilusão e desalento diante do meu silêncio. Apesar de trazer um rico material para a interpretação transferencial, ela não suportava qualquer intervenção deste tipo. Aos poucos, percebi que, quanto mais a análise se desenvolvia, mais se tornava evidente que ela era a única pessoa que participava das sessões. Se conscientemente ela demandava respostas, inconscientemente, ao contrário, rechaçava-as como se fossem intrusas em sua experiência de si mesma como um mundo-Eu oceânico. Em situações como essas, o terapeuta se vê impedido de realizar interpretações transferenciais, sente-se inútil, incompetente e não-humano. Esses pacientes podem ser acusadores e suplicantes por ajuda, mas vivem a relação com o terapeuta dum modo defensivamente autista, e, por isso, ou eles desconsideram as interpretações, ou as contestam com desprezo, o que faz com que o terapeuta se sinta estúpido por ter dito o que disse.

Douglas: Assim como Mahler²³², você considera que existem modos distintos de viver essa experiência autista: 1) o autismo normal: se trata duma etapa de desenvolvimento do Eu anterior ao estabelecimento da simbiose. É deste estado de fechamento normal que o bebê, se desenvolvendo, alcança a capacidade de experimentar um relacionamento simbiótico com a mãe; e 2) o autismo patológico, ou defensivo, que é uma modalidade primitiva de defesa que tem o objetivo de impedir o estabelecimento da relação simbiótica, considerando que a simbiose suscita intensos afetos

²³¹ Ver Searles (1971/1979).

²³² Ver Mahler (1968; 1982).

amorosos e hostis; se trata duma recusa defensiva ao encontro com o outro.

Winnicott: Você usa o termo autismo para pensar uma modalidade de experiência do Eu? E não como uma forma psicopatológica?

Searles: Há uma etapa autista normal no desenvolvimento, mas o paciente esquizofrênico crônico, por não ter encontrado um ambiente humano que suportasse a ambivalência afetiva surgida no relacionamento simbiótico, faz uso duma forma autista de defesa, já que sair dum estado de fechamento desperta sentimentos de profunda ambivalência em relação ao terapeuta.

(Breve silêncio)

Searles: Considerando que cada paciente viverá mais ou menos alguma dessas etapas em decorrência de como foi a sua vida pregressa, percebi que alguns dos pacientes esquizofrênicos crônicos experimentavam, na relação com o terapeuta, um tipo de simbiose patológica; para, em seguida, alcançarem um modo autista saudável de desenvolvimento do Eu; e assim poderem, finalmente, experimentar um tipo de relacionamento simbiótico terapêutico, ou seja, uma interação com o terapeuta que remete às vivências saudáveis e normais entre mãe e bebê.

Douglas: Isso é meio confuso.

Winnicott: Tente nos explicar de outra maneira.

Searles: Percebi que alguns pacientes iniciavam as sessões num estado de mistura confusional e onipotente — eles tendiam a colocar partes de si no terapeuta. São pessoas que, não tendo encontrado um ambiente inicial que lhes oferecia boa identificação humana com uma mãe minimamente integrada, não alcançaram um estado de simbiose saudável. Por não terem uma boa integração e diferenciação, os pais do paciente,

possivelmente, invadiram e colocaram partes de si dentro de seus filhos, numa mistura patológica. Pacientes assim possuem constelação de identificações vingativas, carregadas de muito ódio e culpa; isso se torna excessivo dentro do paciente, e por isso ele é obrigado a se livrar dessas identificações não-integradas, as colocando dentro do terapeuta²³³. Como consequência disso, o coitado do terapeuta se sente invadido e confuso.

Douglas: Analistas próximos de Klein pensam essa mistura por meio do conceito de identificação projetiva²³⁴.

Searles: Nessa simbiose patológica, o terapeuta é convocado a ocupar um lugar onipotente e de complementaridade. Forma-se, assim, uma dupla contra o mundo externo, pois ela mesma, a dupla, é um mundo todo²³⁵.

Quando o paciente se encontra neste tipo de simbiose, parte de nosso trabalho é ajudá-lo a entrar em um estado autista saudável, ou seja, em um modo primitivo de experiência no qual há um fechamento em si mesmo. Neste tipo de situação, paciente e terapeuta vivem estados primitivos de isolamento e não-relação. Sem dúvida, o terapeuta vive uma extrema angústia com esse tipo de paciente, não há jeito, pois isso faz parte do processo terapêutico; e ele, o terapeuta, precisa suportar viver este estado de isolamento, não realizando intervenções transferenciais, e isso permite que o paciente possa se preparar para entrar na fase de simbiótica terapêutica²³⁶.

Já com outros pacientes esquizofrênicos crônicos, notei que eles não se encontravam naquilo que chamo de simbiose patológica, pois viviam em um estado autista de isolamento defensivo. O autismo, assim, torna-se uma defesa contra a simbiose terapêutica saudável, pois o paciente teme a gama de sentimentos que surge numa relação simbiótica²³⁷.

²³³ Ver Searles (1971/1979).

²³⁴ Ver Bion (1962/2021; 1967/1994) e Rosenfeld (1965/1968). Para uma compreensão da história do conceito de identificação projetiva, ver o trabalho de Ribeiro (2020).

²³⁵ Ver Searles (1971/1979).

²³⁶ Ver Searles (1970/1979).

²³⁷ Ver Searles (1971/1979).

Winnicott: Ok, Harold, ok.

Searles: Em minhas postulações mais maduras, passei a considerar que o que antes eram duas fases distintas, a simbiose ambivalente e a simbiose pré-ambivalente, são partes do que designo por simbiose terapêutica; e também expus com mais detalhes a simbiose patológica, ou seja, um tipo de relacionamento interpessoal cujo objetivo é manter a dupla analítica num modo de funcionamento fechado e onipotente²³⁸.

Winnicott: Será que não estamos avançando demais no tema da simbiose?

Douglas: Estamos chegando ao final da apresentação.

Searles: É você que diz isso, Douglas.

(Silêncio)

Searles: Mas não quero atrapalhar a apresentação do Donald.

Douglas: Tente ser sucinto.

Searles: Não me peça o que não posso lhe dar.

Winnicott: O que resta a ser dito?

Douglas: Falta comentar as transições entre as fases autista, simbiótica e individuada...

Winnicott: Pois então tome a palavra para si. Você não surraria o seu nervosismo neurótico com as mãos dum boxeador?

(Silêncio)

²³⁸ Ver Searles (1961a/1965).

Douglas: Na apresenta... apresentação Harold usou o conceito de simbiose, a noção de simbiose, Searles, para pensar...para apresentar e discutir um tipo num tipo de intera...ção humana ou um relacionamento no qual temos uma mistu... mistura mistura entr...

(Silêncio seguido dum suspiro profundo).

Douglas: Outra vez, neurose maldita do caralho.

(Risos e longo silêncio)

Douglas: Vamos deixar o tema das transições para depois.

(Longo silêncio)

Searles: A palavra está com você, Donald. Mas, por favor, me diga: por que não concorda com o uso do termo simbiose?

Winnicott: Ora, caríssimo colega, você dispara a falar e ainda me pede para começar da forma como lhe convém? Pensei que você me respeitasse.

(Risos)

Searles: Justamente por lhe respeitar que quero ouvir a sua crítica, não vê.

Winnicott: Douglas, para que ganhemos tempo, e como sei que você está com vários de nossos trabalhos espalhados por sua mesa, tem algum trecho com as minhas críticas à simbiose?

Douglas: Claro, eu separei um trecho que quero logo ler. Faz parte de seu trabalho intitulado "*D.W.W sobre D.W.W*":

Mas não me satisfaço em apenas tomar o conceito de “simbiose” porque esta palavra para mim é fácil demais. É como se, tal como acontece na biologia, apenas aconteça que duas coisas estejam vivendo juntas. Acredito que isso deixa de fora a coisa extremamente variável que é a capacidade que a mãe tem de identificar-se com o bebê, o que, acho eu, é a coisa viva nisto que denominei de “preocupação materna primária”. A capacidade dela varia, com diferentes crianças, não com o seu temperamento, mas com as experiências dela, e com a maneira que ela se encontra na ocasião, e isto me parece ser uma linha de investigação mais proveitosa²³⁹.

Winnicott: A simbiose se refere a dois organismos se relacionando e se afetando mutuamente, e não sei se é disto que se trata no início do ponto de vista do bebê. O papel da mãe é mais refinado do que a simbiose pressupõe, e a mãe se identifica com o bebê usando a sua imaginação e a experiência de ter sido bebê e ter recebido cuidados do ambiente²⁴⁰. Algo sutil e importante acontece nesse começo que a palavra simbiose não permite alcançar.

Tenho outro motivo para não gostar do termo simbiose: ele não nos fornece indicações que permitam entender por que esse estado simbiótico termina ou diminui²⁴¹.

Douglas: Harold, nas resenhas elogiosas de seus livros, Margaret Little e Masud Khan também criticaram o conceito de simbiose, já que ele pressupõe a existência de dois organismos separados funcionando juntos. Para Little, você faz um uso indistinto dos termos simbiose e indiferenciação, visto

²³⁹ Ver Winnicott (1967/2005, p.441).

²⁴⁰ Ver Winnicott (1990).

²⁴¹ Encontramos este trecho em uma carta de 9 de abril de 1962 enviada para o pediatra americano Benjamin Spock. Winnicott escreve: “Na realidade, não gosto muito do termo relação simbiótica. Sinto que existe uma diferença muito grande entre a dependência do bebê em relação à mãe (dependência significando aqui que o ego do bebê é forte apenas por causa do apoio do ego da mãe, se a mãe for satisfatória), e o papel da mãe no que chamo relação simbiótica. O papel da mãe é um negócio muito mais refinado e depende da capacidade de voltar a atenção para o bebê por volta do fim da gravidez e do início da vida do bebê, de modo que possa se identificar com ele de maneira altamente sutil, usando suas experiências e sua imaginação. Devido à capacidade da mãe (que é satisfatória na maternagem) de se identificar dessa maneira, ela é capaz de impulsionar o bebê, com a capacidade de estar “determinado a superar a relação simbiótica”. Mas primeiro deve haver esse estado de coisas especial, que é próprio do estágio mais inicial possível. Outro motivo por que não gosto do termo relação simbiótica é que o termo não fornece indicação alguma do motivo pelo qual a relação deveria terminar, exceto que o bebê quer que termine. Na verdade, em minha opinião, o estado especial da mãe, no qual ela é capaz de se identificar intimamente com o bebê, é próprio apenas nos poucos meses imediatamente anteriores e posteriores ao nascimento, e a mãe tende a se recuperar desse estado e a sentir necessidade de que o bebê se torne autônomo. Essa é a outra metade daquilo que o senhor se refere com as palavras “a determinação do bebê se superar”, etc., etc.” (2005, p.166-167).

que a simbiose é um tipo de interação primitiva e mútua na qual existem dois organismos se relacionando; enquanto a indiferenciação é um estado total de unidade, chamado por ela de unidade básica²⁴².

Winnicott: As minhas considerações sobre a dependência evidenciarão as raízes de minha discordância quanto à simbiose, Harold. Agora, porém, preciso de um intervalo para ir ao banheiro.

Douglas: Que tal voltarmos em dez minutos?

Winnicott: Imagino que para os mais jovens esse tipo de interação virtual não é exaustiva.

Douglas: O que? Você que imagina: depois de algumas horas em frente às telas, o que tem acontecido com frequência, infelizmente, perco a capacidade de pensar e de me concentrar. Que não haja nenhuma catástrofe mundial que nos obrigue a trabalhar apenas *online*, pois isso seria péssimo.

Winnicott: Como funciona? Nós fechamos a reunião?

Douglas: Não, a sala ficará aberta.

Winnicott: Ok, até logo.

Searles: Até breve.

Douglas: Bom café por aí.

²⁴² Ver Little (1967) e Khan (1981).

Uma pausa necessária

Caros leitores e leitoras, aproveito esse intervalo para trocar algumas palavras com vocês.

Antes de falarmos sobre a teoria da dependência, gostaria de enfatizar que ela se torna mais frutífera se percebermos a sua relação com as ideias de Winnicott sobre a criatividade primária. A meu ver, a criatividade primária está na base, implícita ou explicitamente, do que é mais fundamental para o analista inglês: *a ideia de que os humanos criam o mundo que estava lá para ser criado. Essencialmente, somos seres criativos*. O ato de criar e recriar o nosso *self* e o mundo, em companhia de outros, faz parte de nossa condição humana. Mas não nos enganemos: trata-se de um constante e árduo trabalho de manutenção da própria existência, da possibilidade de ser e continuar sendo.

Como os nossos interlocutores não voltaram para a sala de reunião, lerei algumas citações que considero esclarecedoras sobre a criatividade em Winnicott.

Sobre o acontecer humano no mundo, Safra afirmou:

Quando Winnicott afirmou que “não existe um bebê sem sua mãe”, estava assinalando um princípio para a compreensão do *self*, que, na verdade, está presente a cada momento do processo maturacional: *não existe o self sem o outro, o self acontece no mundo*. O acontecer humano demanda a presença de um outro. As primeiras organizações psíquicas do bebê, a entrada na temporalidade, a abertura da dimensão espacial, a personalização só se constituem e ganham realização pela presença de alguém significativo²⁴³.

Em outro trecho do mesmo autor, lemos:

Sem dúvida, pode-se afirmar que é preciso entrar no mundo para que o indivíduo se sinta vivo e existente, mas tem de ser de uma maneira singular e pessoal. Não basta, para o acontecer do *self* do bebê, que o mundo esteja pronto com suas estéticas, com seus códigos, com seus mitos. A criança precisa, pelo gesto, transformar esse mundo em si mesma. É preciso que o mundo, inicialmente, seja ela mesma, para que ela possa apropriar-se dele e compartilhá-lo com outro²⁴⁴.

²⁴³ Ver Safra (2005b, p.147, grifos do autor).

²⁴⁴ Ver Safra (2005b, pp.148-149).

O gesto que é recebido e reconhecido pelo ambiente se torna um acontecimento do *self*, um acontecer que é o próprio *self* em ação no mundo. O gesto do bebê é criador e ganha sentido humano se é recebido e reconhecido pelo ambiente²⁴⁵. Caso não haja outro humano que favoreça o desenvolvimento do *self* como experiência de si-mesmo, o acontecer humano é destituído de sua potência criativa e constitutiva²⁴⁶.

O bebê depende do ambiente para ser e continuar sendo. O ambiente não cria o bebê; o ambiente está lá para permitir ser criado pelo bebê.

Segundo Adam Phillips:

Na visão de Freud, o homem é dividido e compelido, pelas contradições de seu desejo, na direção de um desenvolvimento frustrante com os outros. Em Winnicott, o homem só pode encontrar a si mesmo em sua relação com os outros, e na independência conseguida por meio do reconhecimento da dependência. Para Freud, em resumo, o homem era o animal ambivalente; para Winnicott, ele seria o animal dependente, para quem o desenvolvimento — a única “certeza” em sua existência — era a tentativa de se tornar “separado sem estar isolado”. Anterior à sexualidade como o inaceitável, havia o desamparo. *Dependência era a primeira coisa, antes do bem e do mal*²⁴⁷.

Concordo com essa consideração de Phillips, apenas acrescento: *de fato, somos dependentes, antes do bem e do mal, e, ao mesmo tempo, somos criativos, pois a criatividade primária, portanto originária, está impregnada naquilo que há de mais verdadeiro em nós*. Até mesmo em adoecimentos graves de natureza psicótica, alguma pequenina fagulha de criatividade respira protegida pelo núcleo sagrado incomunicável do *self*²⁴⁸.

Um caso atendido por Safra é um belo exemplo da presença da criatividade em casos de extrema gravidade.

²⁴⁵ Na mesma linha interpretativa de Safra, Ab’Saber (2021) comenta: “Sua célebre ideia, repetida muitas vezes, de que “não existe essa coisa chamada bebê”, não existe um bebê fora do colo de sua mãe”, quer dizer exatamente isto: o bebê não deve ser pensado como uma coisa em si, como uma espécie de máquina ou “aparelho” de autodesenvolvimento fechado, por meio de forças específicas ou mecanismos que ele portaria, mas, noutra direção, deve ser percebido como acontecimento vivo de uma relação. Uma relação muito complexa e rica, entre as condições precárias de sua origem, suas necessidades simbólicas humanas primeiras, sua fragilidade — que a psicanálise descreveu tão bem —, e um recebimento específico e um mundo vivo de sonhos — fonte de desejos — presentes no colo e no cuidado de sua mãe, ou de alguém que faça as vezes de uma mãe viva” (p.21).

²⁴⁶ Sobre isso, Safra (2005a) afirma: “Mas se este gesto não encontra realização, o paciente cai no vazio e, depois de repetidas vezes, cai no mais terrível que pode acontecer no psiquismo humano, para Winnicott, que é a *desesperança*” (p.21, grifo do autor).

²⁴⁷ Ver Phillips (2006, p.29, grifos meus).

²⁴⁸ Ver Winnicott (1963b/2022). Sobre o tema do silêncio em Winnicott, remeto-os ao trabalho de Gomes (2017).

Ricardo, um adolescente de 15 anos, fora encaminhado ao analista com o diagnóstico de autismo²⁴⁹. O analista fazia intervenções com o objetivo de reconhecer as flutuações emocionais de seu paciente. Diz o analista: “algumas vezes, elas pareciam produzir algum movimento significativo na sessão, na maior parte das vezes, contudo, minha fala entrava na circularidade da ecolalia²⁵⁰”. Em um dado momento da análise, houve um encontro significativo que promoveu uma experiência inaugural.

Em uma sessão em que o desânimo me acompanhava, disse-lhe alguma coisa tentando mais uma vez fazer uma intervenção. Ele a repetiu, como sempre, mas algo, pela primeira vez, chamou-me a atenção: não se tratava de mera repetição, a melodia da frase que ele dizia era diferente da melodia de minha fala. Era uma melodia que eu reconhecia tê-lo ouvido usar inúmeras vezes. Fiquei perplexo com o que estava observando! Pensei: aí está ele — na melodia!²⁵¹.

O analista e paciente, finalmente, comunicaram-se.

Cantarolei a melodia que ele tinha usado, sem utilizar as palavras da frase. Ele me olhou, pela primeira vez, fixamente nos olhos, sorriu, bateu palmas e emitiu uma outra melodia para que eu a repetisse. Devolvi-lhe a melodia e, em resposta, ele pulou alegremente pela sala, criou uma outra melodia, e o jogo se repetiu. Estávamos nos comunicando! Estabelecia-se o objeto subjetivo²⁵².

O *self* de Ricardo estava à procura de algum reconhecimento humano que pudesse lhe ofertar sentido ao seu gesto criativo.

Antes desse episódio, frequentemente tinha me perguntado onde estaria a criatividade primária desse garoto, já que do ponto de vista das concepções de Winnicott a criatividade jamais é destruída. Para ele (1971), na origem do *self* está a tendência do indivíduo, geneticamente determinada, de permanecer vivo e de se relacionar com objetos que aparecem no horizonte quando chega o momento de alcançá-lo. Nas condições adversas, o indivíduo retém alguma coisa pessoal, mesmo que em segredo, nem que seja o respirar²⁵³.

Para mim, manter essa aproximação entre a criatividade primária e a dependência nos permite não perder de vista que o objetivo de nosso trabalho analítico, como eu o entendo com base em Winnicott, *é facilitar que os pacientes conquistem*

²⁴⁹ Ver Safra (2005b).

²⁵⁰ Ver Safra (2005b, p.35).

²⁵¹ Ver Safra (2005b, p.35).

²⁵² Ver Safra (2005b, p.36).

²⁵³ Ver Safra (2005b, pp. 36-37).

melhores condições, cada um a seu modo e partir das particularidades de seu self pessoal, para continuarem criando-se e criando o mundo a partir de si.

Agora, leitores e leitoras, é hora nos despedirmos, pois nossos interlocutores voltaram. O café foi rápido.

Vou abrir os microfones e dar continuidade à reunião.

Vemo-nos.

Criatividade e dependência

Douglas: Os microfones estão abertos.

(Silêncio)

Winnicott: Olá, Douglas. Você disse algo? Não consegui ouvir nada...

Douglas: Acabo de xingar o meu vizinho, esse merda.

(Risos)

Douglas: É um cara inconveniente e barulhento! Agorinha o infeliz parafusou alguma coisa na parede.

Searles: Não ouvi o barulho.

Winnicott: Nem eu.

Douglas: Que sorte.
Vocês vivem em casa ou apartamento?

Winnicott: Numa casa espaçosa.

Searles: Sylvia e eu vivemos numa linda casa com um amplo jardim.

Douglas: E eu vivo num apartamento de 70 metros ao lado duma obra desgraçada.

(Risos)

Douglas: Viver ao lado duma orquestra de ferramentas é trágico.

(Breve silêncio)

Douglas: Ouviram, ouviram?

Winnicott: O quê?

Douglas: O som da parede sendo quebrada? Desgraçado filho da puta.

(Risos)

Douglas: Com ou sem barulho, vamos ao trabalho.

Searles: Prometo tentar exercitar a arte do silêncio.

Winnicott: Exercício mais que recomendado.

Searles: Hum...

Douglas: Donald, que tal andarmos livremente por seus textos? Não precisamos fazer um arrazoado histórico de suas ideias sobre a dependência, pois esse trabalho já foi feito por outras pessoas²⁵⁴.
Sugiro um método expositivo que pode parecer estranho, mas que considero coerente com o seu pensamento.

Winnicott: Qual é a sua sugestão?

Searles: Fale logo.

Winnicott: Percebo que você já abandonou o seu exercício, Harold.

(Risos)

Searles: Me calo e ponto.

²⁵⁴ Ver, por exemplo, os trabalhos de Abram (2000), Dias (2012), Fulgêncio (2020), Khan (1958/2000) e Phillips (2006),

Douglas: Proponho que a teoria da dependência se torna mais consistente se a lermos à luz de suas considerações sobre a criatividade. É comum escutarmos analistas dizerem: “Para Winnicott, o ser humano é dependente” — o que é verdade. Mas, a meu ver, é preciso ampliar essa frase. Eu diria: “*Para Winnicott, o ser humano é criativo e dependente*”. *Possuímos a criatividade capaz de criar o mundo existente, mas ele só pode ser criado a partir de nossa dependência do meio ambiente. Dito de outro modo, o ambiente humano do qual dependemos oferta as condições necessárias para que a criatividade possa ser exercida.*

Winnicott: Vamos seguir nessa direção.

A menos que descubramos novidades sobre a natureza humana, considero que devemos presumir a existência duma criatividade potencial, que se torna real quando o ambiente se adapta de maneira suficientemente boa às necessidades do bebê²⁵⁵.

Imaginem um bebê que nunca foi amamentado. Quando a fome surgir, mesmo que não tenha tido nenhum contato físico com o seio materno, o bebê estará pronto para criar a fonte de alimentação da qual necessita. Se a mãe apresenta o seio mais ou menos no tempo em que o bebê percebe em si a necessidade da alimentação, e se ela também se coloca disponível pelo tempo necessário para que haja uma experiência de saciedade, o bebê cria o seio. Assim, o bebê tem a ilusão de que o seio foi criado por ele. O bebê começa a desenvolver uma sensação de que o que é querido pode ser criado. Disso decorre a convicção de que o mundo pode conter as coisas que são desejadas, importantes e vivas, o que resulta na capacidade de o bebê acreditar na relação entre o que é subjetivamente criado e o que está presente na realidade objetiva²⁵⁶.

²⁵⁵ Em “*Natureza Humana*” (1990): “Ao menos enquanto não viermos a saber mais, devo presumir que existe uma criatividade potencial, e que na primeira mamada teórica o bebê tem sim uma contribuição pessoal a fazer. 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 da onda de tensão instintiva” (p.130).

²⁵⁶ Em “*Mais ideias sobre os bebês como pessoas*” (WINNICOTT, 1965a/1982), encontramos essa bela exposição da ilusão de criação: “Imaginemos um bebê que nunca tivesse sido amamentado. A fome surge, e o bebê está pronto para imaginar algo; a partir da necessidade, o bebê está pronto para criar uma fonte de satisfação, mas não existe uma experiência prévia para mostrar ao bebê o que ele tem de esperar. Se,

Douglas: Em “*Psicose e cuidados maternos*”, você afirmou:

O potencial criativo do indivíduo, surgido da necessidade, produz um estado propício à alucinação. O amor da mãe e sua estreita identificação com o bebê fazem-na consciente da necessidade deste, o que o leva a providenciar alguma coisa mais ou menos no lugar certo e no momento certo. Esta situação, muitas vezes repetida, dá início à capacidade do bebê para usar a *ilusão*, sem a qual nenhum contato seria possível entre a psique e o ambiente²⁵⁷.

Esse estado propício à alucinação não se refere ao processo psíquico de alucinar, pois ainda não há nenhum tipo de matéria psíquica que permite alguma alucinação. O bebê anseia por algo, mesmo sem ter nenhuma concepção mental do objeto desse anseio, e a mãe apresenta o objeto ao bebê mais ou menos no momento em que ele vive a expectativa desse encontro.

A contribuição de Safra sobre a ideia e o sonho vazio nos ajuda aqui:

(...) quando Winnicott fala da primeira mamada teórica trata-se da presença dessa ideia, que é uma ideia vazia e da presença de uma alucinação, que é uma alucinação também vazia. Este é o fenômeno bastante interessante porque, por meio dessas articulações que este autor faz, nós podemos enfocar um tipo de manifestação onírica que é fruto de um processo alucinatório vazio, um *sonho vazio*²⁵⁸.

Em suas consultas terapêuticas (1971/1984), Winnicott escreveu: “Fiquei surpreso com a frequência com que *as crianças sonhavam comigo na noite anterior à consulta*²⁵⁹”. Elas viviam a necessidade dum encontro com outro que permitisse o encontro com o si-mesmo.

neste momento, a mãe coloca o seio onde o bebê está pronto para esperar algo e se for concedido tempo bastante para que o bebê se sacie à vontade, com a boca e as mãos, e, talvez, com um sentido de olfato, o bebê “cria” justamente o que existe para encontrar. O bebê, finalmente, forma a ilusão de que esse seio real é exatamente a coisa que foi criada pela necessidade, pela voracidade e pelos primeiros impulsos de amor primitivo. A visão, o olfato e o paladar registram-se algures e, passando algum tempo, o bebê poderá estar criando algo semelhante ao próprio seio que a mãe tem para oferecer. Um milhar de vezes, antes de desmamar, pode ser justamente propiciada ao bebê essa apresentação peculiar da realidade externa por uma única mulher, a mãe. Um milhar de vezes houve a sensação de que o que era querido era criado e constatado que existia. Daí se desenvolve uma convicção de que o mundo pode conter o que é querido e preciso, resultando na esperança do bebê em que existe uma relação viva entre a realidade interior e a realidade exterior, entre a capacidade criadora, inata e primária, e o mundo em geral, que é compartilhado por todos” (p.101).

²⁵⁷ Ver Winnicott (1952b/2000, p.311, grifo do autor).

²⁵⁸ Ver Safra (2005a, p.18, grifos do autor).

²⁵⁹ Ver Winnicott (1971a/1984, p.12, grifos do autor).

(...) lá estava eu quando, para minha surpresa, descobri *ajustando-me a uma noção preconcebida*. As crianças que tiveram esse sonho me diziam que era comigo que haviam sonhado. Numa linguagem que uso atualmente mas que não estava preparado para usar naquela época, encontrava-me na posição de objeto subjetivo²⁶⁰.

Douglas: Os bebês carregam o potencial de criar o mundo. A ilusão de criação só pode vir a existir num encontro humano que sustente o paradoxo: o bebê criou o que já existia na realidade compartilhada. É essa ilusão de base que permite que ele possa, paulatinamente, em seu tempo próprio, se desenvolver e passar pelo processo de desilusão que lhe possibilita alcançar a realidade não-Eu. Cada bebê que nasce reinaugura o mundo²⁶¹.

Winnicott: Se a percepção toma o lugar da apercepção, somos obrigados a reagir ao mundo, e essas reações impossibilitam que a vida possa ser vivida como algo real e que vale a pena. Em casos extremos, nos quais a capacidade de criação está em frangalhos, pode-se chegar a pensar em suicídio. O suicídio, nestes casos, seria uma saída diante da incapacidade de se sentir vivo e real²⁶².

Douglas: Oh, que lembrança: me lembrei dum paciente que se matou. Devastado por uma vida sem sentido, ele procurava algum nível de integração, mesmo que rudimentar, por meio da excitação que as drogas lhe ofereciam. Com o tempo, o uso de drogas se intensificou duma maneira

²⁶⁰ Ver Winnicott (1971a/1984, p.12, grifos do autor).

²⁶¹ Outro trecho de “*Natureza Humana*”: “O mundo é criado de novo por cada ser humano, que começa o seu trabalho no mínimo tão cedo quanto o momento do seu nascimento e da primeira mamada teórica. Aquilo que o bebê cria depende em grande parte daquilo que é apresentado no momento da criatividade, pela mãe que se adapta ativamente às necessidades do bebê. Mas se a criatividade do bebê está ausente, os detalhes apresentados pela mãe não terão sentido” (WINNICOTT, 1990, p.130-131).

²⁶² Em “*A criatividade e suas origens*” (1971e/2019), lemos: “Conforme indiquei antes, é preciso aceitar a possibilidade de que haja uma destruição completa da capacidade de viver criativamente e que, mesmo nos casos mais extremos de submissão e de estabelecimento de uma personalidade falsa, existe, oculta em algum lugar, uma vida secreta que é satisfatória, uma vez que é criativa ou original para aquele ser humano específico. Entretanto, é insatisfatória na medida em que está oculta e não pode ser enriquecida por meio das experiências de vida (Winnicott, 1968b). Digamos que, no caso mais grave, tudo o que é real, tudo que é relevante, tudo o que é pessoal, original e criativo foi ocultado e não dá sinais de sua existência. Nesse caso extremo, o indivíduo não se importa se está vivo ou morto. O suicídio tem pouca importância quando esse estado de coisas está profundamente arraigado no indivíduo, que, com frequência, não está ciente de como sua vida poderia ter sido nem do que perdeu ou está perdendo (WINNICOTT, 1960a)” (p.113-114).

tão abrupta que a sua vida social foi destruída. Sem amigos, sem familiares, sem casa, lhe restou o crack.

Em seus últimos dias, o concreto do chão das praças foi a sua cama. Não havia indícios de que ele encontraria alguma faísca de vida. Nos poucos momentos de sobriedade, a depressão o dominava.

Me disse, certa vez: “*Douglas, caso não consiga parar com essa merda, me mato, não aguento mais. Fiz de tudo, você sabe, não quero mais ser um peso para a minha família*”. Reconheci a sua profunda desesperança, enquanto tentava manter alguma esperança em mim.

Infelizmente, na busca por preencher os seus pulmões com alguma vida possível, se matou numa tarde de domingo.

Winnicott: Eu tratei uma paciente esquizofrênica que se matou, e só depois de muito tempo consegui entender que ela já tinha morrido em sua primeira infância. Pediu-me ajuda para cometer suicídio pelas razões certas, e eu fracassei em socorrê-la²⁶³.

Searles: Hum...hum.

Winnicott: A criatividade primária nos acompanha durante toda a vida, pois ela faz parte da natureza humana, e isso significa que ela está presente mesmo em casos trágicos como esses.

Douglas: Você deixa isso claro nesta parte:

²⁶³ Essa ideia de que o suicídio é uma maneira de procurar viver a morte que já fora vivida aparece com detalhes em “*O medo do colapso*” (1963d/2005). Cito-o: “A maioria de minhas ideias é inspirada por paciente, com quem reconheço meu débito. É a um deles que devo a expressão “morte fenomenal”. O que aconteceu no passado foi a morte como um fenômeno, mas não como o tipo de fato que observamos. Muito homens e mulheres passam suas vidas pensando se encontrariam solução no suicídio, isto é, no envio do corpo a uma morte que já aconteceu na psique. O suicídio, contudo, não é uma resposta, mas sim um gesto de desespero. Entendo agora, pela primeira vez, o que minha paciente esquizofrênica (que se matou) queria dizer quando falou: “Tudo o que lhe peço é que ajude a cometer suicídio pela razão certa e não pela razão errada”. Não consegui fazê-lo e ela se matou no desespero de encontrar a solução. Seu objetivo (como agora percebemos) era obter de mim a declaração de que já morrera na primeiríssima infância” (p.74). Na palestra “*O recém-nascido e sua mãe*” (1964a/2020), Winnicott cita essa mesma paciente. “Falarei agora de uma jovem esquizofrênica a quem dediquei 2500 horas de meu tempo. Seu QI era excepcionalmente alto — cerca de 180, creio eu. Ela se apresentou para o tratamento perguntando se eu poderia capacitá-la para cometer suicídio pelas razões certas e não pelas erradas. Nesse sentido, fracassei” (p.60). Nestes casos, a morte acontecera quando ainda não havia um Eu que pudesse experimentá-la na infância.

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. Esse estado de coisas, no entanto, só ocorre quando a mãe age de maneira suficientemente boa. O problema da criatividade primária foi discutido como pertencendo à mais tenra infância; mas para sermos precisos, trata-se de um problema que jamais deixa de ter sentido enquanto o indivíduo estiver vivo. Gradualmente, surge a compreensão intelectual do feto de que a existência do mundo é anterior à do indivíduo, mas o sentimento de que o mundo foi criado pessoalmente não desaparece²⁶⁴.

Winnicott: O impulso criativo pode ser visto como uma coisa em si mesma, que está presente tanto no bebê que mexe e remexe as suas fezes, quanto num adulto que cantarola uma melodia²⁶⁵.

Quando falamos sobre a criatividade, devemos diferenciá-la da criação artística. Para sermos artistas, espera-se que tenhamos talento para isso, mas a criatividade da qual falo não exige sermos especiais. Refiro-me a algo universal, e até mesmo os pacientes esquizofrênicos no leito da cama podem estar vivendo dum maneira secreta e criativa em suas atividades mentais privadas. A criatividade se relaciona com a experiência de estar vivo e se sentir real. Um artista talentoso pode pintar um quadro que vale muitas libras, mas tentar ser Picasso, não sendo Picasso, é uma imitação e não uma criação. Quando imitamos, corremos o risco de perder a nossa criatividade, a não ser que se imite Picasso como uma forma de apoio para o desenvolvimento dum criação pessoal²⁶⁶. A submissão, mesmo que seja em relação a um pintor como Picasso, traz um sentido de inutilidade e a ideia de que não vale a pena viver²⁶⁷.

²⁶⁴ Ver Winnicott (1990, p.131).

²⁶⁵ Ver “*A criatividade e suas origens*” (1971e/2019). “O impulso criativo pode, portanto, ser visto como uma coisa em si mesma, como algo necessário para que um artista produza uma obra de arte, mas que também está presente quando *qualquer* pessoa – bebê, criança, adolescente, adulto ou idoso – observa algo de maneira saudável ou realiza algo deliberadamente, seja fazendo uma sujeirada com as próprias fezes, seja prolongando o choro ao apreciar um som musical. Esse impulso está presente tanto no passo a passo da vida de uma criança pouco desenvolvida que se deleita com a própria respiração como no momento em que um arquiteto descobre subitamente o que deseja construir e pensa no material que pode ser usado para que seu impulsocriativo ganhe forma e o mundo possa observá-lo” (p.114, grifo do autor).

²⁶⁶ Ver Winnicott (1970/2011).

²⁶⁷ Ver Winnicott (1970/2011).

Douglas: Mais uma citação:

A criatividade é, portanto, a manutenção através da vida de algo que pertence à experiência infantil: a capacidade de criar o mundo. Para o bebê, isso não é difícil; se a mãe for capaz de se adaptar às necessidades do bebê, ele não vai perceber o fato de que o mundo estava lá antes que ele tivesse sido concebido ou concebesse o mundo. O princípio da realidade é o fato da existência do mundo, independentemente de o bebê tê-lo criado ou não. O princípio de realidade é muito ruim, mas, como o passar do tempo, a criança é chamada a dizer “ta”, grandes desenvolvimentos ocorrem e ela adquire mecanismos mentais geneticamente determinados para lidar com essa afronta. Pois o princípio de realidade é uma afronta²⁶⁸.

Winnicott: Para ser criativa, uma pessoa deve existir, e não estou falando duma existência mental consciente, mas da posição básica. Posso dizer que a criatividade só pode ser exercida se está assentada no ser²⁶⁹.

Searles: Não entendi essa parte. Como isso se encaixa no que você está falando sobre a criatividade?

Winnicott: Existem dois tipos de elementos, o feminino e o masculino, e eles não têm nada a ver com a diferença sexual ou coisa dessa natureza, pois o que estou tratando diz respeito ao período no qual não há qualquer diferenciação deste tipo. O elemento feminino puro se relaciona com o seio, mas não no sentido do seio como um objeto parcial, pois o que importa é que o bebê possa vir a ser o seio. Já o fazer decorre do que chamo elemento masculino puro.

Douglas: Estamos no campo da constituição do ser humano, da inauguração da experiência de ser e fazer, de existir em si-no-seio e do gesto que cria o seio.

Leio trechos de “*A criatividade e suas origens*”.

²⁶⁸ Ver Winnicott (1970/2011, p.24).

²⁶⁹ Encontramos, em “*Viver de modo criativo*” (1970/2011): “Para ser criativa, uma pessoa tem que existir, e ter um sentimento de existência, não na forma de uma percepção consciente, mas como uma posição básica a partir da qual operar. Em consequência, a criatividade é o fazer que, gerado a partir do ser, indica que aquele que é vivo. Pode ser que o impulso esteja em repouso; mas, quando a palavra “fazer” pode ser usada com propriedade, já existe criatividade” (p.23).

Gostaria de dizer que o que eu estou chamando de “masculino” transita entre o relacionamento ativo ou passivo, ambos respaldados pelo instinto. Ao desenvolver essa ideia, falamos sobre o impulso instintivo na relação do bebê com o seio e com a alimentação e, subsequentemente, com todas as experiências que envolvem as zonas erógenas, assim como impulsos e satisfações secundários. Sugiro que, em contraste, o elemento feminino puro se relaciona ao seio (ou à mãe) no sentido de que *o bebê se torna o seio (ou a mãe), ou que o objeto é o sujeito*. Não vejo nenhum impulso instintivo nisso²⁷⁰.

Douglas: Outra parte:

Observei elementos masculinos e femininos artificialmente dissecados e concluí que associo, ao menos por ora, o impulso relacionado aos objetos (em sua forma ativa ou passiva) com o elemento masculino, ao passo que entendo que a característica do elemento feminino no contexto da relação de objeto é a identidade, dando à criança a base necessária para ser e, só mais tarde, a base necessária para o sentimento de *self*. Entretanto, acredito que é na absoluta dependência da capacidade materna de prover a qualidade especial que permite que a mãe satisfaça ou não o funcionamento inicial do elemento feminino que podemos buscar as da experiência de ser²⁷¹.

Winnicott: O que é essencial do que quero comunicar pode ser assim resumido: ser antes de fazer.

Douglas: Nos estados tranquilos de quietude do bebê, ele repousa no colo da mãe-ambiente que lhe permite ter a experiência originária de ser. Já quando o bebê está excitado, ele faz o gesto em direção ao seio, que está lá para recebê-lo. Quando quieto, o bebê apenas está sendo; quando excitado, ele necessita e busca o seio, criando-o como parte de si²⁷².

Winnicott: Vejo você balançar a sua cabeça, Harold.

²⁷⁰ Ver Winnicott (1971e/2019, p.131, grifos do autor).

²⁷¹ Ver Winnicott (1971e/2019, p.139).

²⁷² Safra (2009b) afirma: “No feminino, haveria a possibilidade de uma identificação plena com o seio e, no masculino, a experiência do gesto em direção ao seio. O feminino não está só relacionado ao ser e o masculino ao fazer: também o feminino se relaciona à origem e o masculino relaciona-se ao fim. O feminino emerge na origem, no nascimento, ao se acordar na corporeidade. O masculino direciona-se ao fim, pois toda a possibilidade da constituição de si implica sempre um gesto em direção “à”, inicia-se um caminhar em direção a outro, em direção à próxima formulação da questão originária, em direção ao fim último” (p.79).

Searles: Não consegui entender qual a relação disso com o tema da criatividade.

Winnicott: Não abandonamos o tema da criatividade por um segundo.

Douglas: O que fizemos foi detalhar duas dimensões da apercepção criativa, aquela relacionada ao elemento feminino puro e ao ser; e a que ocorre a partir do elemento masculino puro, do gesto do bebê que cria o seio. Na primeira dimensão, se é o seio; na segunda, cria-se o seio e a capacidade de ir em sua direção, se movimentar em direção ao si-mesmo e ao mundo.

As afirmações de Safra são esclarecedoras:

O elemento feminino puro possibilita o ser em meio à comunicação silenciosa. O elemento masculino cria o objeto sem o uso de uma representação preexistente.

Nessa perspectiva, poderíamos falar de dois modos distintos de apercepção criativa: a apercepção criativa decorrente do gesto e a apercepção criativa decorrente do ser. A apercepção criativa decorrente do gesto possibilita que o indivíduo tenha um acesso à realidade, mas uma realidade que é acessada subjetivamente para posteriormente ser apreendida de maneira objetiva. O indivíduo, em decorrência da experiência da apercepção criativa originada a partir do elemento masculino, pode ir em direção ao mundo na expectativa e na esperança do encontro do objeto necessitado. Nesse caso, surge a possibilidade de objetividade, mas de maneira pessoal²⁷³.

Douglas: Num trabalho que desenvolvi por anos com pacientes com graves problemas de obesidade, encontrei situações nas quais as experiências de quietude estavam prejudicadas. Havia um fazer compulsivo, muito distante dum gesto criativo em direção ao mundo. A quietude era irmã do desespero.

Esse pseudofazer nos remete à mania, mas se tratava mais duma defesa ligada à perda da integração psicossomática. Com esse fazer compulsivo não se buscava um alívio da depressão, mas, isso sim, a manutenção de algum estado de ligação da psique-soma. O silêncio e a calma eram amedrontadores e remetiam à perda da experiência de estar no corpo. Paradoxalmente, o corpo obeso era uma saída para o terror de não ter corpo.

²⁷³ Ver Safra (2009b, p.78).

Naqueles casos, um dos objetivos da análise era favorecer o alcance da experiência da quietude do ser, além de facilitar uma melhor integração psicossomática, o que permitiria se alcançar a experiência de possuir um corpo.

(Breve silêncio)

Douglas: Chegamos à dependência.

Searles: Finalmente.

Douglas: Repito: *o ser humano é criativo e dependente*. O que a teoria da dependência de Winnicott nos mostra que nos constituímos na companhia dos outros, da mãe, do pai, da família, do ambiente, da sociedade e de tradição que nos precede.

Searles: Por que falamos tanto da criatividade?

Douglas: A dependência absoluta só pode ser compreendida se tivermos em mente o que conversamos sobre a criatividade primária, pois, numa análise, o analista favorecerá as experiências de *self* de seu paciente, o ajudando na contínua tarefa de criação de si e do mundo. Não vê a criatividade nisso, Harold?

Winnicott: Neste momento inicial, o bebê depende do ambiente sem ter a maturidade necessária para reconhecer essa dependência. A dependência do bebê é absoluta justamente por não haver nenhuma percepção de que ele depende do ambiente. O bebê necessita que a mãe lhe tome no colo, cuide dele e lhe permita ser e continuar sendo no tempo e no espaço, amparado pela força do Eu dela, que funcionará para o bebê como um Eu auxiliar. O Eu do bebê será forte na mesma medida em que o Eu da mãe também o for²⁷⁴.

²⁷⁴ Ver Winnicott (1960a/2022; 1990).

Douglas: Em “*A experiência mãe-bebê de mutualidade*”, encontramos a seguinte parte:

O estágio de dependência absoluta ou quase absoluta tem a ver com o estado, no começo, do bebê que ainda não separou um NÃO-EU do que é EU, do bebê que ainda não se acha aparelhado para desempenhar esta tarefa. Em outras palavras, o objeto é um objeto subjetivo, não objetivamente percebido. Mesmo que seja repudiado, posto longe, o objeto ainda é um aspecto do bebê. Como surge o estágio seguinte? Seu desenvolvimento e estabelecimento não são devidos à operação das tendências herdadas do bebê (no sentido da integração, da busca objetal, do conluio psicossomático, etc.). Em qualquer caso, ele pode nunca acontecer, apesar de tendências herdadas perfeitamente boas no bebê. Este desenvolvimento se dá por *causa das experiências que o bebê tem do comportamento adaptativo da mãe* (ou substituto materno). O comportamento adaptativo da mãe torna possível ao bebê encontrar fora do *self* aquilo que é necessário e esperado. Através da experiência da maternagem suficientemente boa, o bebê passa para a percepção objetiva, havendo herdado a tendência a fazer isso e tendo-lhe sido dados a aparelhagem perceptual e a oportunidade²⁷⁵.

Douglas: Veja, Harold, como a criatividade está presente na teoria da dependência. O objeto, no início, é subjetivo, ou seja, é uma criação do bebê. Ele ainda não tem maturidade para ter acesso aos objetos da realidade compartilhada. Ainda não existe nenhum tipo de relacionamento objetal, de fato. O que há é a realidade criada por meio fenômeno da ilusão²⁷⁶.

²⁷⁵ Ver Winnicott (1969a/2005, p.197, grifos do autor).

²⁷⁶ Sobre isso, cito um trecho de “*Pediatria e Psiquiatria*” (1948/2000): “estou partindo do ponto de vista, porém, de que há um estágio anterior a este, no qual inexistente qualquer tipo de relacionamento. Eu diria que no início existe uma condição que poderia ser descrita a um só tempo como *de independência absoluta e de dependência absoluta*. Não há o sentimento de dependência, e, portanto, a dependência deve ser absoluta. Digamos então que a partir dessa condição a criança é perturbada por uma tensão instintual chamada fome. Eu diria que o bebê está disposto a acreditar em algo que poderia existir, isto é, desenvolveu-se nele a capacidade de alucinar um objeto. Trata-se, no entanto, mais de um direcionamento da expectativa do que um objeto propriamente dito. Nesse momento a mãe aparece com o seio (digo ‘seio’ para simplificar a descrição) e o coloca de tal modo que o bebê pode encontrá-lo. Aqui temos um outro movimento, desta vez em direção à criança em vez de para fora dela. É difícil predizer se a mãe e o bebê irão ou não ‘sintonizar’. No início a mãe permite que o bebê domine, e se ela falhar nesse ponto o objeto subjetivo do bebê não receberá a superposição do seio objetivamente percebido. Certamente, deveríamos dizer então que, ao adaptar-se ao impulso do bebê, a mãe permite que este tenha a ilusão de que aquilo que ali está foi criado por ele. Como resultado teremos não apenas a experiência física da satisfação instintiva como também a ligação emocional, e o início de uma crença na realidade como algo sobre o qual é possível ter ilusões. Gradualmente, através da experiência viva de um relacionamento entre a mãe e o bebê, este passa a usar detalhes por ele percebido na criação do objeto esperado” (p.240).

Winnicott: Como vimos em nossa primeira reunião, existem três conquistas básicas que o bebê necessita alcançar: a integração, a personalização e a realização²⁷⁷. Considera-se óbvio que o bebê tenha um bom início e encontre as condições ambientais necessárias para o desenvolvimento da capacidade de viver no tempo e no espaço compartilhado, no próprio corpo e em contato com a realidade. Mas os pacientes psicóticos denunciam o que acontece quando essas tarefas primitivas não são alcançadas. Eles podem viver fora do tempo, como uma paciente minha que não sabia se vivia na semana passada, nesta ou na próxima. Outra paciente psicótica que não conquistou a percepção do Eu e do não-Eu, achava, quando criança, que a sua irmã era ela mesma. E me lembro duma mulher que atendi que, na maior parte do tempo, vivia atrás de seus olhos, em sua cabeça²⁷⁸.

É com base na elaboração imaginativa das funções corporais que o bebê desenvolverá o seu psiquismo²⁷⁹. Essa elaboração organiza-se de acordo com o funcionamento do corporal.

Douglas: Esse é um modo originário como o humano dá sentido existencial ao seu

²⁷⁷ Ver Winnicott (1945/2000).

²⁷⁸ Exemplos clínicos encontrados em “*Desenvolvimento emocional primitivo*” (WINNICOTT, 1945/2000).

²⁷⁹ Em “*Natureza Humana*” (1990), encontramos: “A elaboração imaginativa do funcionamento corporal organiza-se em fantasias, que são qualitativamente determinadas pela localização no corpo, mas que são específicas do indivíduo, por causa da hereditariedade e da experiência” (p.69). Adiante, ele afirma: “A psique se forma a partir do material fornecido pela elaboração imaginativa das funções corporais (que, sua vez, depende da saúde e capacidade de um órgão específico — o cérebro. Pode-se dizer com segurança que a fantasia mais próxima do funcionamento corporal depende da função daquela parte do cérebro que, em termos evolutivos, é a menos moderna, enquanto a consciência-de-si depende de (o) funcionamento daquilo que é mais moderno na evolução do animal humano. A psique, portanto, está fundamentalmente unida ao corpo através de sua relação tanto com os tecidos e órgãos quanto com cérebro, bem como através do entrelaçamento que se estabelece entre ela e o corpo graças a novos relacionamentos produzidos pela fantasia e pela mente do indivíduo, consciente e inconscientemente (p.70). Sobre isso, Naffah Neto (2012) afirma: “Para que os movimentos instintivos — que, no início da vida, só possuem existência biológica — venham a adquirir existência psíquica, é necessário que passem pela elaboração imaginativa das funções corporais. É também essa função que criará, paulatinamente, a sexualidade infantil, primeiramente dando sentido humano a movimentos puramente fisiológicos e transformando-os em busca de prazer ou de descarga agressiva; posteriormente, ligando esses impulsos a objetos discriminados e fundindo o erótico e o agressivo/destrutivo em sentimentos ambivalentes (de atração/repulsão, amor/ódio), constitutivos de todo desejo humano” (p.44). Já Fulgêncio (2016) destaca que a elaboração imaginativa é uma forma de registrar e administrar os acontecimentos existenciais, dando-lhes valores de acordo como os modos de ser-estar no mundo, atividade que ocorre em diferentes níveis. Inicialmente, ela se refere ao funcionamento corporal, e, no decorrer do desenvolvimento, passa a abarcar todo o tipo de experiência psicossomática. O autor também destaca que o termo elaboração imaginativa é usado por Winnicott tanto como o que dá origem ao psiquismo, mas, “(...) por outro lado, ela funciona como a própria psique, sendo responsável pelo próprio surgimento da vida psíquica” (p.36).

corpo.

Winnicott: Considero que existe desde o início, de forma rudimentar, algum tipo de imaginação, mas não no sentido de imagens ou pensamentos. O bebê se alimenta não só com a boca, mas com o corpo todo, com as mãos e com a pele do rosto. A alimentação, e o que chamo de experiência total de alimentação, considerada nestes termos, acontece duma maneira mais ampla do que apenas sua parte puramente física²⁸⁰.

Searles: Esse tipo de caso que você cita aqui me é familiar, pois, em meu trabalho com pacientes esquizofrênicos crônicos, tive contato com pessoas que não alcançaram a integração e diferenciação entre os seus corpos e os dos outros, entre pensamento, sentimento e ação, e tampouco tinham uma percepção da temporalidade²⁸¹.

Douglas: Essas conquistas mencionadas por Winnicott levam à aquisição da corporeidade, da temporalidade e da espacialidade, da integração das experiências numa unidade e do contato com a realidade. O manejo corporal que o ambiente oferece ao bebê favorece a personalização, o alojamento da psique no corpo; o *holding* permite a integração das experiências numa unidade que possui uma temporalidade e espacialidade; enquanto a apresentação dos objetos promove o início do encontro com o mundo — matéria prima para a experiência de ilusão²⁸².

Winnicott: Nas organizações defensivas psicóticas, temos a desintegração, a despersonalização e a falta de contato com os objetos²⁸³.

²⁸⁰ Ver Winnicott (1990).

²⁸¹ Ver Searles (1959a/1965; 1959b/1965).

²⁸² Safra (2005a) nos ajuda a entender esses processos: “Um primeiro ponto interessante é pensar que Winnicott, ao falar da origem da constituição do *self*, afirma a importância de três fenômenos fundamentais do ponto de vista do cuidado ofertado à criança. São eles: a apresentação de objeto, o suporte (*holding*) e o manuseio (*handling*). A apresentação de objeto está relacionada ao fenômeno pelo qual a criança alcançar o sentido de realização, o sentido de real. O fenômeno relacionado ao *holding* está assinalado em Winnicott como um cuidado necessário à criança para que ela encontre a integração, o sentido de unidade. E o manuseio é algo que vai possibilitar o alojamento da psique no corpo, estabelecendo então o início do processo de personalização. Portanto temos: a apresentação de objeto, o *holding* e o manuseio” (p.16).

²⁸³ Ver Winnicott (1945/2000).

Searles: O que seria a primeira mamada teórica?

Winnicott: A primeira mamada teórica é uma soma das experiências iniciais das muitas mamadas do bebê. O material que o bebê tem para criar o mundo é apresentado pela mãe nesta primeira mamada teórica. O bebê vai reunindo, aos poucos, as experiências sensoriais de seus encontros com o seio, o que está na base da construção da memória. Com as repetidas mamadas, o bebê começa a sentir alguma confiança de que o objeto pode ser encontrado²⁸⁴.

Douglas: Na dependência absoluta o bebê depende da adaptação do ambiente para ser e continuar sendo e vir a descobrir, paulatinamente, a realidade não-Eu.

Searles: É algo próximo daquilo que chamo autismo saudável ou normal.

Douglas: O objeto subjetivo é criado pelo bebê de acordo com as suas necessidades, enquanto o papel do ambiente é sustentar a experiência de

²⁸⁴ Em “*Natureza Humana*” (1990): “A primeira mamada teórica é representada na vida real pela soma das experiências iniciais de muitas mamadas. Após a primeira mamada teórica, o bebê começa a ter material com o qual criar. É possível dizer que aos poucos o bebê se torna capaz de alucinar o mamilo no momento em que a mãe está pronta para oferecê-lo. As memórias são construídas a partir de inúmeras impressões sensoriais, associadas à atividade da amamentação e ao encontro do objeto. No decorrer do tempo surge um estado no qual o bebê sente confiança em que o objeto do desejo pode ser encontrado, e isto significa que o bebê gradualmente passa a tolerar a ausência do objeto. Desta forma inicia-se no bebê a concepção da realidade externa, um lugar de onde os objetos aparecem e no qual eles desaparecem. Através da magia do desejo, podemos dizer que o bebê tem a ilusão de possuir uma força criativa mágica, e a onipotência existe como um fato, através da sensível adaptação da mãe. O reconhecimento gradual que o bebê faz da ausência de um controle mágico sobre a realidade externa tem como base a onipotência inicial transformada em fato pela técnica adaptativa da mãe” (p.126). Dias (2012) faz uma exposição clara sobre esse período da primeira mamada teórica. “Para evitar que se pense que a primeira mamada concreta é o grande momento inaugural da amamentação, Winnicott usa a expressão “primeira mamada teórica”, referindo-se, com ela, à sequência das primeiras experiências concretas de amamentação. O estágio que leva esse nome ocupa, aproximadamente, os três ou quatro primeiros meses de vida do lactante. Nesse período, como o próprio nome diz, a atividade da amamentação está no centro, mas isto não significa que a alimentação, enquanto satisfação da fome corresponda ao essencial. Tampouco significa que a oralidade, em termos do contato libidinal, seja o traço principal a ser observado. Como a ênfase no processo de amadurecimento pessoal, e não no desenvolvimento das funções sexuais, o que está em pauta não é a configuração das zonas erógenas iniciais ou a natureza da manifestação pulsional, mas o começo do contato com a realidade e o início da constituição de um si-mesmo que irá gradualmente integrar-se numa unidade” (p.158). Que não confundamos, portanto, a primeira mamada teórica com apenas uma primeira mamada factual.

ilusão de criação. Com o desaparecimento da necessidade, o objeto subjetivo também desaparece.

Searles: Isso está claro, mas quais são as características totais dessa fase?

Douglas: Em sua pesquisa sobre o pensamento de Winnicott, Fulgêncio²⁸⁵ construiu uma tabela demonstrativa das características da fase da dependência absoluta. Devido ao valor expositivo, eu a uso para responder você, Harold. Claro, isso se o Donald não se incomodar.

Winnicott: Sem problemas, vá em frente.

Douglas: Não se trata duma reprodução da tabela, mas dum uso pessoal que faço dela.

Sobre os modos de ser e estar e modos de se relacionar:

Modo de relação subjetiva com o objeto e com o ambiente.

O objeto subjetivo é criado, do ponto de vista do bebê, desde que o ambiente se tenha oferecido a adaptação necessária para a ilusão de criação do objeto.

Unidade mãe-bebê.

Sobre as integrações das experiências e as tarefas do desenvolvimento emocional primitivo:

Integração no tempo e espaço (Holding).

Personalização (alojamento da psique no corpo) (Manejo).

Realização (apresentação dos objetos).

Sobre as linhas de desenvolvimento do ser:

Linha do desenvolvimento do Eu e linha do desenvolvimento instintual não-integradas.

²⁸⁵ Ver Fulgêncio (2020).

Sobre os fundamentos motores:

Tendência inata à integração.

Impulso amoroso primitivo e agressividade (sinônimo de motricidade e vitalidade).

Elaboração imaginativa das funções corporais.

Winnicott: Tudo isso só pode vir a existir no encontro entre o bebê criativo e um ambiente que lhe permite ter a experiência de ilusão. Quando você lia a última parte de sua apresentação, separei um trecho que resume esse ponto de vista. Ele está em “*Natureza Humana*”.

A mãe que foi capaz de satisfazer as necessidades mais primitivas pelo simples cuidado físico possui agora uma nova função. Ela deve ir ao encontro criativo específico, e saber disso através de sua própria capacidade para identificar-se com o bebê e pela observação do seu comportamento. A mãe está esperando ser descoberta. E não é preciso que ela reconheça intelectualmente o quanto é importante que o bebê a crie, para que possa fazer a sua parte e ser criada por cada bebê novamente²⁸⁶.

Searles: Gostei do que você disse sobre “encontro criativo específico”. Em minhas palavras, eu diria que é num encontro interpessoal entre mãe e bebê que a simbiose se desenvolve. Caso a mãe se assuste ou se angustie com os intensos sentimentos decorrentes desse encontro, ela recua e prejudica o desenvolvimento desse fenômeno interpessoal essencial.

Douglas: Entramos nos vinte minutos finais.

Winnicott: Hoje você domou o relógio.

Searles: Com a língua solta, vinte minutos é tempo suficiente para correremos uma maratona intelectual. Continuemos...

Douglas: Não, Harold, não há tempo para novos assuntos. Os minutos restantes são meus.

²⁸⁶ Ver Winnicott (1990, p.122).

Winnicott: E agora tenta domar um humano.

Searles: Mas não conseguirá; minha voz é indomável.

(Risos)

Douglas: Como disse naquele primeiro dia, farei um breve voo sobre os desenhos que produzimos em nosso jogo do rabisco verbal. É uma oportunidade para reconhecemos as aproximações e as diferenças entre vocês.

Searles: Não tinha dito algo sobre transições?

Douglas: Sim, Harold, é verdade. Se trata dum tema de meu interesse, mas que ficará para outro momento.

Winnicott: Ótimo, Douglas, pois não podemos esquecer o que escrevi sobre os objetos e os fenômenos transicionais.

Douglas: As suas ideias sobre os fenômenos transicionais e o espaço potencial são imprescindíveis para o trabalho clínico.

(Breve silêncio)

Douglas: Vamos aos desenhos...

Vocês são analistas interessados na maneira como os seres humanos podem vir a ser e continuando sendo no mundo e em companhia dos outros. Por estarem debruçados sobre tipos de sofrimentos decorrentes de prejuízos nas fases iniciais do desenvolvimento, é natural que tenham se dedicado aos fenômenos humanos precoces, daí a ênfase dada à simbiose e à dependência — conceitos que buscam dar algum sentido às primeiras experiências intersubjetivas do bebê, ainda que ele não tenha condições de reconhecer a existência do outro.

Para Harold, o bebê humano nasce indiferenciado do mundo humano e não-humano. Inicialmente, se vive uma fase autista normal — não se trata dum fechamento defensivo — na qual o bebê experimenta o mundo como fosse uma continuidade de si mesmo. Aos poucos, sustentado pelo ambiente, o bebê passa a ter capacidades de se relacionar simbioticamente com mãe, que é o mesmo que dizer que ele experimenta uma indiferenciação em relação a ela. O ambiente tem a função de favorecer os processos integrativos e diferenciados no bebê, lhe dando as condições necessárias para vir a se tornar capaz de experimentar o mundo dum modo como uma pessoa diferenciada das demais e do ambiente não-humano. Mas vamos lembrar: nunca somos totalmente integrados e diferenciados dos outros, pois essa porosidade psíquica é parte constitutiva da condição humana.

Donald, por sua vez, se dedicou à compreensão do desenvolvimento emocional primitivo. Ao atender as crianças e os seus pacientes psicóticos, ele questionou algumas premissas psicanalíticas que davam como certas a experiência de ter um corpo, viver no tempo e no espaço e se relacionar com os objetos. Em seu trabalho clínico, notou que o ser humano só pode existir a partir da companhia humana significativa que lhe oferece as condições necessárias para ser e continuar sendo. É nesse processo intersubjetivo que podemos conquistar a capacidade de experimentarmos a vida num corpo, no tempo e no espaço e no mundo com os outros.

A sua teoria da dependência absoluta é um operador teórico e clínico que lhe permite compreender as vivências subjetivas do bebê e a função dos humanos adultos de proverem as condições ambientais necessárias para o desenvolvimento do ser. Dum modo simples, no início, há um encontro no qual o bebê apresenta a sua tendência inata à integração e a criatividade primária; enquanto os adultos oferecem um ambiente estável, previsível e capaz de sustentar o fenômeno da ilusão de criação. Além disso, o ambiente tem a função de oferecer a sustentação, o manejo e a apresentação dos objetos.

Donald postula a existência duma tendência inata à integração e da criatividade como motores que promovem o desenvolvimento do bebê a

partir de seu *self*. Explicitamente, não encontramos uma ideia parecida em Searles. Temos que considerar, no entanto, que há, ainda que implicitamente, uma tendência inata que caminha rumo ao estabelecimento do ser humano como uma entidade pessoal diferenciada. Para Winnicott, pensar o momento inicial da vida em termos de projeção e introjeção no bebê é atribuir a ele uma capacidade que ainda está longe de ser conquistada, pois não existe nada para ser projetado ou introjetado, não há dentro ou fora, Eu/outro, tampouco existe psiquismo e uma separação entre o que é subjetivo e o que é objetivo. Enquanto para Searles, pelo menos assim me parece, com base em suas considerações teóricas sobre as formas primitivas de comunicação presentes na esquizofrenia, a capacidade para realizar projeções e introjeções são primárias — só é possível entender algumas de suas postulações teóricas a partir desse interjogo constante entre projeções e introjeções, que aqui se referem a duas vias de comunicação inconsciente.

Searles: Utilizo os conceitos de projeção e de introjeção para pensar a comunicação inconsciente não-verbal. Num modo predominantemente autista, alguns podem ficar meses ou até mesmo anos em silêncio, atendi pacientes assim no Chestnut Lodge, pessoas que viviam mudas quase mortas em suas camas, e eu precisava estar ali com elas como se não fosse humano, ou seja, como se eu fosse um objeto qualquer da mobília ou parte do chão do prédio, e esses tipos de situações clínicas que me levaram a escrever a minha monografia sobre o papel do ambiente não-humano no tratamento dos pacientes esquizofrênicos²⁸⁷.

O aspecto não-verbal da transferência e da contratransferência é essencial, pois é impossível atender esse tipo de paciente sem que o terapeuta levante hipóteses quanto à natureza da comunicação silenciosa que ocorre entre ele e o seu paciente; e eu percebi que essas comunicações acontecem o tempo todo, numa interação constante entre o inconsciente do terapeuta e o do paciente, e tudo isso em níveis profundos duma maneira não-verbal²⁸⁸.

²⁸⁷ Ver Searles (1960).

²⁸⁸ Ver Searles (1958/1997; 1959a/1965; 1959b/1965; 1961a/1965; 1970/1979; 1971/1979).

Douglas: Isso marca uma diferença importante entre vocês.

Winnicott: As introjeções e projeções acontecem quando já existe material psíquico para que esses processos ocorram, o que não está em questão aqui neste momento da dependência absoluta. É claro que eu tenho ideias sobre a comunicação não-verbal, mas trabalho a partir do conceito de experiência de mutualidade entre mãe e bebê. Não vou me alongar nisso, pois ultrapassaria os nossos objetivos.

Douglas: Vocês, coerentemente, usaram essas construções teóricas como ferramentas para o trabalho clínico.
Em seu pensamento, Harold está atento aos diferentes modos de interação entre paciente e analista. As perguntas a serem feitas: a dupla analítica se relaciona num modo simbiótico terapêutico ou patológico? Estamos num momento de experiências autistas? Ou nos relacionarmos como duas pessoas individuadas?

Searles: É verdade, Douglas, você está certo.

Douglas: Ao atender um paciente, Donald pensa em qual momento do desenvolvimento vive naquele instante da sessão. O analista é objeto subjetivo do paciente? Esse último necessita de provisão ambiental relativa à dependência absoluta? Ou estamos no campo da transicionalidade e da dependência relativa? Ou nos relacionamos como objetos objetivamente percebidos?

Winnicott: Exatamente, Douglas.
Você mencionou a transicionalidade e a dependência relativa, mas ainda não tratamos desses assuntos.

Douglas: Estamos no final da reunião, temos apenas mais dois minutos, o que nos impede de avançar no tema da transição entre modos de ser e sentidos de

realidade; eu apenas o mencionei para que possamos começar por ele na próxima reunião.

Winnicott: Muito bom, meus caros.

Searles: Nos vemos em quinze dias?

Winnicott: Agendado.

Douglas: Fechado.

Searles: Douglas, uma pergunta final.

Douglas: Claro, Harold.

Searles: O que você fez para conseguir mudar de posição subjetiva?

Douglas: Como assim?

Searles: Ora, você sabe, não se finja de bobo. Do intervalo para cá, nada de gagueira, frases ansiosas, tampouco uma postura irritantemente insegura.

Winnicott: Imagino que ele se encontrou consigo mesmo e pôde se apropriar de seu modo de ser.

Douglas: No intervalo, conversei com bons amigos e amigas sobre a criatividade. Vi minha alma nos olhos dessas pessoas — a quem agradeço imensamente. Voltei para a reunião de outro modo, apostando em minha capacidade criativa de inventar — “*tudo que não invento é falso*”, dizia Manoel de Barros²⁸⁹. Tentarei permanecer assim nas outras reuniões, mas não é fácil.

Viram, meus caros, venci a luta por pontos. “*Ao vencedor, as batatas*”.

²⁸⁹ Ver Barros (2016, p.49).

Winnicott: Hã?

Douglas: Nada, deixem para lá, você não vão entender.
Até a próxima semana.
Abraços.

Searles: Despeço-me. Tchau.

Winnicott: Até breve.
Meus melhores votos!

CAPÍTULO 3

TRANSIÇÕES

Leitores e leitoras,

Começamos outro capítulo de nossa estória.

Na reunião passada, acompanhamos uma longa conversa entre os nossos personagens. Searles apresentou-nos as suas ideias sobre o autismo e a simbiose; Winnicott mostrou-nos o seu pensamento sobre a dependência absoluta e a criatividade. Por falta de tempo, não nos foi possível avançar e continuar a nossa conversa. Restou-nos falar sobre as transições.

Dentre as várias contribuições de Winnicott para a psicanálise, a sua teoria da transicionalidade – que inclui as suas ideias sobre os objetos e os fenômenos transicionais, o espaço potencial, o brincar e a experiência cultural – é uma das mais fecundas. Sem dúvida, essa parte do pensamento de Winnicott está presente, implicitamente ou explicitamente, no pensamento psicanalítico contemporâneo²⁹⁰.

Neste encontro de hoje, leitores e leitoras, veremos com detalhes como a noção de transição entre diferentes sentidos de realidade (subjetivo, transicional e objetivo) e as fases do amadurecimento emocional é peça fundamental do pensamento clínico de Winnicott.

Além da transicionalidade, falaremos da teoria de Winnicott do uso do objeto e da conquista da realidade compartilhada.

E quanto ao pensamento de nosso outro personagem? Searles é um analista com um estilo descritivo. Ele se dedica à descrição dos fenômenos que ocorrem na transferência e contratransferência. Assim como Winnicott, Searles possui um pensamento processual e está preocupado em na transição entre diferentes sentidos de realidade, mas, diferentemente do colega inglês, ele não tem uma teoria da transicionalidade. O que ele nos oferece são relatos e descrições clínicas que nos permitem apreender a sua maneira de trabalhar com os pacientes em diferentes registros. Searles nos ajuda a compreender como é estar com um paciente num

²⁹⁰ Ver Figueiredo e Coelho Junior (2018).

momento autista, simbiótico patológico, simbiótico terapêutico ou individuado. Nesses relatos de Searles, conforme veremos, encontraremos indícios da transição entres essas fases da interação entre paciente e analista. Searles, ademais, compartilhará conosco a sua importante ideia de que o paciente esquizofrênico se torna analista do analista.

Antes que eu fale demais e lhes conte tudo o que vocês verão na reunião, retirando dela qualquer frescor de surpresa ou novidade, vou-me.

Vemo-nos.

Treze de outubro dum ano qualquer...num mundo virtual...

Douglas: Olá, Donald. Boa tarde!

Winnicott: Oi, Douglas.

Douglas: Vou aproveitar que Harold não chegou para ir buscar um copo d'água.

Winnicott: Vai lá, fique à vontade.

Douglas: Já volto, é bem rápido.

(Silêncio)

Winnicott: Oi, gatinha, oi, olhe aqui.

Douglas: Ah, você conheceu a Gaia. Ela veio se apresentar.

Winnicott: Como ela é linda e simpática.

Douglas: Eita gatinha que gosta de câmera, viu, nunca vi igual.

Winnicott: Na sua ausência, Gaia me fez companhia.

Douglas: Ela foi indiscreta com você?

Winnicott: Não. Indiscreta? Como uma gata pode ser indiscreta?

Douglas: É que Gaia gosta ficar de costas para câmera, levantar o rabo e mostrar a bunda, se é que você me entende, exibindo com detalhes cada partezinha de sua corpo, mesmo aquela traseira mais escondida.

Winnicott: Não, infelizmente ela não fez isso. Seria divertido se Gaia tivesse feito. Eu daria boas risadas.

(Risos)

Que brincalhona!

Douglas: Ela é mesmo. Né, Gainha, olha lá na tela, olha, Gainha, olha Donald.

Winnicott: Harold chegou.

Douglas: Legal, vou liberar a entrada dele.

Searles: Oi, boa tarde. Hoje eu me atrasei.

Douglas: Olá, como vai?

Searles: No final da manhã, fiz uma entrevista de ensino numa universidade de psiquiatria. Sai dela com a sensação de que a paciente se instalou embaixo de minha pele. Situação nada agradável, como vocês devem imaginar²⁹¹. Ao chegar em casa, deitei no sofá só para relaxar...

Douglas: Bom que pôde descansar.

Winnicott: Suponho que tenha conseguido expulsar a paciente de dentro de você.

Searles: Sim, exorcizei o estranho mau que me possuía; agora só restou o meu conhecido mau mesmo.

(Risos)

Olha só, um rabo branco e cinza desfila em frente à tela.

²⁹¹ Ver Searles (1971/1979).

Douglas: É Gainha.

Searles: Quero conhecer Gainha.

Douglas: Vem aqui, Gaia, vem, vem aqui. Gainha, Gainha...

Winnicott: Pelo visto, Douglas, ela não reconhece a sua autoridade

(Risos)

Douglas: É sempre assim: Gaia nunca faz o que esperamos dela. Ela está em cima dum brinquedinho no chão. Vou virar o computador para que vocês possam ver Gaia brincando. Olhem ela lá.

Searles: Que menina esperta. Ela é bem branquinha e cinza e tem um bigodinho.

Douglas: Ela é carinhosa e bagunceira.

Winnicott: Quando você virou o computador para vermos Gaia, vi muitos livros em cima de sua mesa. São todos de psicanálise?

Douglas: Não, não são todos de psicanálise. Tenho livros de música e literatura, minhas outras duas paixões.

Winnicott: No final de semana passado, Clare e eu ouvimos os últimos quartetos de cordas de Beethoven. Tenho um sentimento especial pela música de Bach, mas Beethoven tem me fascinado cada vez mais²⁹².

Searles: Na minha monografia sobre o ambiente não-humano, eu citei Dante, Kafka, Thoreau e Willian Wordsworth, autores de grande valor cultural. Notem, por favor, que, apesar de eu não falar nada sobre música, vocês dois não são os únicos sabichões por aqui²⁹³.

²⁹² Ver Clare Winnicott (2005).

²⁹³ Ver Searles (1960).

(Risos)

Winnicot: Você toca algum instrumento, Douglas? Percebi um case que parece ser de violão.

Douglas: É uma guitarra, Donald, uma Telecaster.

Searles: Olha só, um analista músico.

Douglas: Não, Harold, eu, infelizmente, não sou músico profissional. Eis um sonho que se foi.

Winnicott: Você usa a música em seus atendimentos?

Douglas: A música faz parte de mim e está presente em meus atendimentos. O meu velho violão de cordas de nylon fica no consultório.

Searles: Mas como você usa o violão nas sessões?

Douglas: Influenciado por certo clima afetivo das sessões ou de alguma comunicação verbal do paciente, me lembro dum trecho de alguma música e posso tocá-lo, como um tipo de associação. Quando o paciente também tem algum apreço por música ou toca algum instrumento, conversamos sobre discos e canções; ou até mesmo podemos tocar alguma coisa juntos — isso funciona muito bem com pacientes adolescentes. Em situações clínicas que exigem estratégias terapêuticas que favoreçam a integração de pacientes em momentos regressivos, a música também tem sido um instrumento importante em minha prática clínica.

Winnicott: O que você faz?

Douglas: Depende da situação. Posso, por exemplo, compor alguma música com uma letra simples que busque favorecer o processo de integração. Pode ser algo bem bobinho, pois não importa a qualidade musical do que é composto, mas, isso sim, a possibilidade de servir de mediação integradora das vivências fragmentadas dos pacientes. Em momentos menos regressivos, pode surgir a ideia de que a dupla componha algum trecho de música sobre algum tema específico, num tipo de jogo do rabisco musical – um dia vou escrever algo sobre isso. Também já me vi tendo ótimas experiências de apreciação de canções com alguns pacientes.

Searles: Você diz ouvir música durante a sessão?

Douglas: Isso mesmo, alguns pacientes me mandam *links* com alguma música para ouvirmos juntos. Abro o *link* no celular e ouvimos a canção na sessão. Ao final dela, podemos conversar ou silenciar. Não me vejo atendendo alguns casos sem usar outros recursos clínicos além daquele previsto num *setting* padrão.

Searles: O que mais você usa?

Douglas: Sei lá, depende do caso. Assim como a música, se pode usar a leitura de livros ou poemas, a troca de impressões sobre um filme ou um jogo de futebol; ou até mesmo cozinhar com o paciente.

Searles: Cozinhar? Você tem fogão no seu consultório?

Douglas: Bem que eu gostaria de ter um fogão no consultório. Ele serviria para cozinhar com os pacientes e esquentar as minhas marmitas.

(Risos)

Douglas: Com a tecnologia, as possibilidades de usarmos outros recursos clínicos foram expandidas, e isso permite que se possa fazer uma sessão *online*,

com paciente e analista em suas respectivas casas, de modo que ambos possam cozinhar uma mesma receita.

Adoraria ter uma reunião inteira para falarmos sobre os possíveis recursos clínicos que podemos criar de acordo com a necessidade dos casos, mas já falei demais. O nosso assunto de hoje é outro.

Winnicott: Talvez você não tenha notado, mas já estamos tratando do assunto de nossa reunião.

Searles: Agora me perdi. O que você quis dizer?

Winnicott: Quando Douglas nos conta as suas tentativas de criar recursos clínicos para trabalhar com certos tipos de pacientes, ele apresenta a sua tentativa genuína de favorecer a experiência compartilhada no espaço potencial; favorecer o jogo, o brincar.

Douglas: Você tem razão, é isso mesmo que eu tento fazer. Não importa o objeto — se a música, a comida ou a leitura, por exemplo —, pois o que estou atento à capacidade de favorecer a criação dum tipo de encontro no qual o paciente e eu compartilhamos algo que possa ter um sentido de experiência criada por nós dois. Tento criar o enquadre de acordo com as necessidades dos pacientes. Escutem essa passagem dum trabalho de Safra:

O enquadre facilita, ou não, o estabelecimento do espaço potencial na situação clínica. Ele, o espaço potencial, só ocorre no encontro da presença subjetiva do analista e do analisando. Dessa forma, determinado analista, com determinado paciente, em um determinado processo, necessitará para seu trabalho um enquadre específico para aquele encontro. As invariantes do enquadre, os elementos que definem o enquadre, precisam tanto contemplar as características do analista quanto do analisando²⁹⁴.

Sendo assim, é verdade que eu tento criar um enquadre que favoreça a criação do espaço potencial, e isso requer, muitas vezes, o uso de outros recursos além da comunicação verbal. Me sinto muito à vontade para

²⁹⁴ Ver Safra (2005b, p.125).

experimental e propor esse tipo de recurso em meus atendimentos. Talvez os meus anos de instituição pública, aliados ao meu estilo pessoal, me deixam tranquilo para experimentar. Do ponto de vista teórico, os fenômenos transicionais e o espaço potencial me auxiliam na proposição e compreensão desse tipo de recurso.

Winnicott: Se preocupar com essa adaptação do enquadre exige do analista uma disponibilidade para exercer a sua criatividade.

Searles: O compartilhamento de suas vivências clínicas, Douglas, serviu como uma boa introdução para a nossa reunião de hoje.

Douglas: Numa continuidade coerente com o que já apresentamos e discutimos, sugiro que a gente analise as ideias de Donald sobre os fenômenos transicionais e o espaço potencial e as considerações de Harold sobre os movimentos entre as fases de interação entre paciente e terapeuta, a autista, a simbiótica e a individuada. Se alguém estivesse nos vendo ou lendo, poderia me questionar: “*O que alcançaremos com essa reunião?*” Eis a minha resposta: *vamos compreender como Donald e Harold trabalham com a ideia de transição de sentidos de realidade e de que maneira ela é parte fundamental do pensamento clínico de ambos*²⁹⁵.

Searles: Neste assunto, acho que você, Donald, tem mais a dizer do que eu. A minha teoria é mais simples do que a dele.

Winnicott: Se no período mais precoce da vida do bebê o ambiente oferece a provisão necessária para que o fenômeno de ilusão aconteça, na dependência relativa a desadaptação e a desilusão ganham o primeiro plano. A criança começa a se dar conta de sua dependência em relação ao ambiente, o que não acontecia naquele momento de dependência total²⁹⁶.

²⁹⁵ Apesar de não desenvolver a teoria ferenciana em nossa estória, não podemos deixar de reconhecer que a ideia de diferentes sentidos de realidade nos remete, novamente, ao pensamento de Ferenczi. Aos interessados no modo como ele desenvolveu esse tema, indico o clássico artigo “*O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios*” (1911/2011).

²⁹⁶ Ver Winnicott (1963c/2022).

Douglas: Existem dois movimentos agindo ao mesmo tempo: a mãe, movida pelo seu impulso pela vida pessoal, começa a sentir a necessidade de se separar de seu bebê; e este, por sua vez, começa a ter capacidade de perceber a sua dependência em relação ao ambiente e a existência dum impulso pessoal que o distancia da mãe²⁹⁷.

Winnicott: Se saudável, a mãe tem em seu repertório humano a capacidade de prover uma desadaptação gradual diante das necessidades do bebê. Pelo fato de o bebê estar preparado para viver essa desadaptação, a separação entre mãe e bebê não é traumática.

Douglas: Tanto mãe quanto bebê estão preparados para iniciar esse processo de separação da unidade inicial.

Winnicott: O bebê, gradualmente, reconhece o ambiente e pode começar a perceber, pelos ruídos que vêm da cozinha, que a sua comida está sendo preparada²⁹⁸. Aqui se inicia uma compreensão intelectual.

Douglas: Cito você:

É natural que inicialmente os bebês variem bastante em sua capacidade de suar a compreensão intelectual, e muitas vezes a compreensão que eles tiveram é postergada pela existência de uma confusão no modo como a realidade é apresentada. Essa é uma ideia para ser enfatizada aqui, uma vez que o processo inteiro do cuidado materno tem como principal característica a apresentação constante do mundo ao bebê. Isso é algo que não pode ser feito por pensamento, nem pode ser manejado mecanicamente. Só pode ser feito pelo manejo contínuo por uma pessoa que se revele consistentemente ela mesma. Isso não é questão de perfeição. Perfeição pertence às máquinas; o que o bebê consegue costuma ser justamente aquilo de que precisa, o cuidado e a atenção de alguém que continua sendo si mesma. Isso naturalmente se aplica também aos pais²⁹⁹.

²⁹⁷ Ver Winnicott (1960a/2022).

²⁹⁸ Ver Winnicott (1963c/2022).

²⁹⁹ Ver Winnicott (1963c/2022, p.110).

Douglas: O ambiente mantém a função de se adaptar relativamente às necessidades do bebê. A tarefa fundamental de apresentação dos objetos continua sendo exercida pelo ambiente, mas, como o bebê pôde experimentar a fase da dependência absoluta e ter a experiência de ilusão de criação dos objetos subjetivos, agora ele está preparado para perceber e usufruir a gradual desadaptação do ambiente. Essa desadaptação significa o início da apresentação do princípio de realidade³⁰⁰.

Winnicott: A mãe sente necessidade de voltar a ter uma vida pessoal com direitos próprios, visto que ela emergiu daquela doença momentânea chamada preocupação materna primária. O bebê também tem condições de viver essa desadaptação gradual e cuidadosa³⁰¹.

Douglas: Com a desadaptação, se inicia o longo processo de separação entre a mãe e o bebê. Esse processo é experimentado com base naquilo que foi vivido na dependência absoluta.

Sobre isso, faço outra citação:

É só gradualmente que ele separa o não-eu do eu, e um estágio importante de desenvolvimento emocional ocorre quando o bebê se torna capaz de reconhecer o fato da dependência e conseguir ter um *self* que é apenas relativamente dependente — ao invés de absolutamente dependente — do estado temporário da mãe em que ele se conluía com o bebê, de maneira que este tem, por causa do conluio dela, um ego, uma organização do ego e um certo grau de força e elasticidade do ego³⁰².

Douglas: Com as experiências vividas na unidade com a mãe, o bebê pôde, levado por sua tendência inata à integração, a sua criatividade primária e os cuidados ambientais, ser e continuar sendo, e isso permitiu que ele alcançasse a possibilidade de viver as falhas ambientais duma maneira saudável. Brincando com aquela frase de Manoel de Barros, “*tudo que*

³⁰⁰ Ver Davis & Wallbridge (1982).

³⁰¹ Ver Winnicott (1963c/2022).

³⁰² Ver Winnicott (1964b/2005, p.81).

não invento é falso”³⁰³, o bebê, levado pela necessidade de se encontrar com o mundo não-Eu, inventou a desadaptação e a desilusão³⁰⁴.

Winnicott: Se tudo ocorreu bem, na dependência absoluta, a nossa recompensa é que os processos humanos de desenvolvimento foram vividos a partir do bebê e não houve quaisquer distorções neles. Na dependência relativa, a recompensa que ganhamos é que o bebê começa a ter a consciência de sua dependência. Quando a mãe está longe, neste momento, o bebê tem a capacidade de sentir ansiedade, e esse é um importante sinal de que ele percebe o ambiente. Anteriormente, na dependência absoluta, se a mãe se ausentava além da capacidade de o bebê suportar a sua ausência, poderia haver distorções essenciais na experiência do bebê³⁰⁵.

Searles: Faz parte da função do ambiente tanto se adaptar ao bebê, no começo, quanto se desadaptar na medida em que o bebê necessita disso?

Winnicott: Exatamente.

Searles: Eu não uso os mesmos termos que você, mas a minha e a sua maneira de trabalhar clinicamente são semelhantes. Eu diria que, no começo, a mãe deve se permitir se misturar com o seu bebê, numa simbiose saudável; para que, posteriormente, a partir do crescimento do bebê, ela possa ajudá-lo no processo de individuação, que é o mesmo que alcançar a capacidade de ser e experimentar o mundo como uma pessoa viva e separada das demais³⁰⁶.

³⁰³ Ver Barros (2016, p.49).

³⁰⁴ Quanto à fase da dependência relativa, dei destaque à gradual desadaptação e ao início da compreensão intelectual do bebê. Existem outras características descritas por Abram (2000): “os cinco principais fatores do estágio de dependência relativa são: a falha gradual da mãe e sua desadaptação como resposta ao desenvolvimento apresentado pelo bebê; o início de uma compreensão intelectual por parte do bebê; a apresentação resoluta e confiante do mundo pela mãe ao bebê, que se subordina à sua capacidade de ser ela mesma (a apresentação do objeto); o aumento da consciência do bebê de sua própria dependência; a capacidade do bebê de identificar-se” (p.103).

³⁰⁵ Ver Winnicott (1963c/2022).

³⁰⁶ Ver Searles (1965).

Winnicott: Se houve um ambiente bom, o bebê está preparado para viver as falhas maternas. Ele tem alguns meios para isso, tais como: 1) a soma das experiências do bebê cria um limite de tempo para a frustração; 2) há um crescente senso de processo; 3) tem-se início a compreensão intelectual; 4) o bebê tem a possibilidade de ter satisfações autoeróticas; e 5) tem a possibilidade de integrar passado, presente e futuro; assim como tem a capacidade de sonhar. Percebam que aqui as falhas do ambiente são constitutivas de novas possibilidades de experiências do bebê? Ainda dizem que eu prego que as mães precisam ser máquinas e perfeitas. O que digo é o contrário: na dependência relativa, as falhas da mãe são importantes, pois fazem parte do processo de desilusão que permite que o bebê conquiste um novo passo rumo à realidade compartilhada³⁰⁷.

Douglas: Isso é o mesmo que afirmar que o analista também precisará saber quando se adaptar e quando favorecer o processo de desadaptação. Estou com uma ótima citação sobre esse ponto:

Em termos dos estágios iniciais da integração do indivíduo e de outros processos maturacionais, a mãe (em particular) desempenha seu papel de ser aquela que desilude o bebê, e a base de seu trabalho com respeito a isto é o estágio inicial no qual (através da adaptação especializada) ela concebe a cada bebê a ilusão da experiência da onipotência. O êxito da função de desilusão da mãe e da família deve ser medido em termos da capacidade que a criança tenha de *ambivalência*, mas a base para a ambivalência está na *experiência de onipotência* relativa ao objeto³⁰⁸.

Douglas: Sei que estou lendo muitas citações, mas acho que você tem frases tão bem construídas sobre esse assunto que precisam ser compartilhadas.

Winnicott: Então leia o que quiser.

Douglas: Mais uma:

³⁰⁷ Ver Winnicott (1990).

³⁰⁸ Ver Winnicott (1965b/2005, p. 113, grifos do autor).

Se tudo correr bem, o bebê pode sair ganhando com a experiência da frustração, já que a adaptação incompleta às necessidades é o que torna os objetos reais, ou seja, tão odiados quanto amados. A consequência disso é que, *se tudo correr bem*, o bebê pode ser perturbado por uma adaptação estrita à sua necessidade que se prolonga por tempo demais, sem que ocorra a sua diminuição natural, uma vez que a adaptação perfeita é similar à magia e o objeto que se comporta perfeitamente não difere de uma alucinação. Ainda assim, *no início* a adaptação precisa ser quase perfeita e, se não for, o bebê não será capaz de desenvolver a capacidade de estabelecer uma relação com a realidade externa, ou mesmo de formar uma concepção de realidade externa³⁰⁹.

Douglas: Alguém que não compreende a complexidade de sua obra, Donald, pensará que, na desadaptação e desilusão, a capacidade de ilusão é perdida totalmente. Mas isso é um erro, pois a desilusão se refere à perda da ilusão de onipotência. A criatividade e a ilusão de criação dum mundo pessoal se mantém pela vida, mesmo com a consideração da existência do mundo objetivo não-Eu³¹⁰.

Searles: Vamos ao principal?

Winnicott: Principal?

Douglas: Os fenômenos transicionais³¹¹ e o espaço potencial³¹².

³⁰⁹ Ver Winnicott (1971c/2019, pp.28-29, grifos do autor).

³¹⁰ Gosto da maneira como Dias (2012) esclarece a perda da ilusão de onipotência e a manutenção da ilusão de criação do mundo com um sentido pessoal: “segundo o autor, o que o bebê deixa para trás, ao amadurecer, não é a ilusão básica, que permanecerá se houve saúde, mas a ilusão de onipotência. Com o tempo, surgirá na criança a compreensão de que não é ela quem cria, efetivamente, o mundo; de que a existência deste é anterior e independente dela. Ela saberá que o mundo sempre esteve ali e ali continuará a estar após a sua morte. Contudo, o sentimento de que o mundo foi criado pessoalmente, e pode continuar a ser criado, não desaparece” (p.218).

³¹¹ Eis a definição dada por Abram (2000): “o conceito de fenômeno transicional diz respeito a uma dimensão do viver que não depende nem da realidade interna, nem da realidade externa; mais propriamente, é o espaço em que ambas as realidades se encontram e separam o interior e exterior. Winnicott emprega diferentes termos para referir-se a essa dimensão — terceira área, área intermediária, espaço potencial, local de repouso e localização da experiência cultural. Em termos do desenvolvimento, os fenômenos transicionais existem desde o início, mesmo antes do nascimento, em relação à díade mãe-bebê. É aqui que está localizada a cultura, o ser e a criatividade. Ao dar início à divisão entre eu e não-eu, abandonando o estágio de dependência absoluta para ingressar no estágio de dependência relativa, o bebê faz uso do objeto transicional. Esta passagem necessária ao desenvolvimento conduz ao uso da ilusão, ao uso dos símbolos e ao uso de um objeto. Os fenômenos transicionais estão inevitavelmente associados ao brincar e à realidade (p. 253). Dessa definição, apenas não estou de acordo com a ideia de que os fenômenos transicionais separam o interior e exterior. A ênfase a ser dada diz respeito à transição entre o subjetivamente criado e o objetivamente percebido.

³¹² Ver Newman (2003).

Winnicott: Temas essenciais em meu pensamento clínico.

Douglas: É na dependência relativa que se inicia o processo de conquista da capacidade de experimentar um novo sentido de realidade: o transicional.

Winnicott: Primeiramente, eu abordei os objetos e os fenômenos transicionais num artigo de 1951. O meu livro de 1971, “*O brincar e a realidade*”, é um desdobramento desse citado artigo. Eu joguei luz numa área que até então fora negligenciada pelos estudos psicanalíticos, pois a atenção se voltava para a realidade psíquica, interna e pessoal, e para a realidade externa e compartilhada. A área que tratei, que pode ser chamada de intermediária, diz respeito ao que acontece entre a experiência subjetiva do bebê e a relação de objeto³¹³.

Douglas: Na clássica passagem de seu artigo, lemos:

Introduzi os termos “objetos transacionais” e “fenômenos transicionais” para designar a área intermediária de experiência entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção daquilo que já foi introjetado, entre o desconhecimento inicial da dívida e o reconhecimento da dívida (“Diga: ‘Bigadu’”). Segundo essa definição, tanto o balbucio do bebê como a maneira pela qual uma criança mais velha percorre um repertório de canções e melodias enquanto se prepara para dormir fazem parte — como fenômenos transicionais — dessa área intermediária, assim como o uso de objetos que não fazem parte do corpo do bebê, mas ainda não são totalmente reconhecidos como pertencentes à realidade externa³¹⁴.

Winnicott: Defendo a existência duma terceira área, uma terceira parte da vida humana, que é intermediária e não é nem interna ou externa. Ela é paradoxal e não pode ser posta à prova.

Douglas: Dizendo de outra maneira, você se debruça sobre a parte de transição entre a experiência subjetiva de criação do objeto e a constatação da objetividade dos objetos da realidade compartilhada. Na dependência

³¹³ Ver Winnicott (1971c/2019).

³¹⁴ Ver Winnicott (1971c/2019, pp.14-15).

absoluta, os objetos eram subjetivos e criados pelo bebê, num sentido de realidade subjetiva. Na dependência relativa, se alcança a capacidade de experimentar outro sentido de realidade, esse intermediário, transicional. Se trata do desdobramento da tarefa de contato com a realidade, iniciada pelo bebê ainda na dependência absoluta³¹⁵. A partir dos fenômenos transicionais, o bebê conquista uma nova maneira de ser e estar no mundo.

Winnicott: Entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido existe uma terra de ninguém que é natural da infância. O bebê não é levado a ter que responder se o objeto foi criado por ele ou se foi encontrado no mundo. O bebê pode responder que ele criou o objeto que foi encontrado³¹⁶.

Douglas: O subjetivo e o objetivamente percebido coexistem. Isso é maravilhoso! Vemos o bebê criando a capacidade de experimentar um novo sentido de realidade. A sua teoria dos objetos e fenômenos transicionais é coerente com a sua ideia do ser humano essencialmente criativo³¹⁷.

Searles: Para eu entender melhor, quais transições estão envolvidas nos objetos e nos fenômenos transicionais?

Winnicott: Aponto pelo menos duas, Harold. Uma delas tem a ver a transição entre o uso que o bebê faz do próprio corpo e a sua primeira possessão não-Eu. O bebê passa do chupar os dedos para o interesse por algum objeto externo que não faz parte de seu corpo³¹⁸.

Douglas: Não podemos esquecer o papel do corpo na transicionalidade.

Winnicott: Existe outra transição: a passagem do encontro com o objeto subjetivo criado para a possibilidade de criar e encontrar o objeto não-Eu.

³¹⁵ Ver Dias (2012).

³¹⁶ Ver Winnicott (1990).

³¹⁷ Ver Winnicott (1990).

³¹⁸ Ver Winnicott (1959/2005).

Ah, lembrei de citar outra transição: a que ocorre na passagem entre o controle onipotente dos objetos para o abandono desse controle e o reconhecimento, gradual, do mundo não-Eu³¹⁹.

Searles: O objeto transicional é um símbolo?

Winnicott: Com os objetos e fenômenos transicionais, alcança-se a capacidade de usar símbolos. O objeto transicional é o primeiro símbolo, que é ao mesmo tempo criado e encontrado na realidade externa³²⁰. É um símbolo de união e separação³²¹. Mas o que me interessa não é o que o objeto necessariamente simboliza, mas a sua capacidade de ser usado para que o bebê possa transitar entre diferentes dimensões da realidade³²².

Douglas: O objeto transicional mostra a necessidade humana de criar o mundo encontrado. Safra faz questão de sublinhar que a dimensão criativa humana nos leva a reposicionar os objetos do mundo, numa contínua destruição e reconstrução do mundo criado e encontrado.

O ser humano precisa apropriar-se do espaço no mundo. A dimensão criativa do ser humano, que se constitui no gesto, dá ao indivíduo a possibilidade de tomar o espaço como elemento participativo de seu *self*. Quando uma criança elege um objeto transicional, ela toma um pedaço do mundo e o posiciona na ordem das coisas de maneira distinta e pessoal. Uma fralda deixa de ser o objeto utilizado pela mãe em seus cuidados com o bebê para adquirir um novo lugar: ser objeto pessoal da criança. Isso significa que a criança dá início a um processo de desconstrução do mundo, para reconstruí-lo posteriormente. É um

³¹⁹ Ver Winnicott (1959/2005).

³²⁰ Ver Winnicott (1959/2005).

³²¹ Milner (1972/1991) influenciou Winnicott na construção do espaço potencial. Sobre isso, essa criativa analista afirmou: “No mesmo estudo a respeito da localização da experiência cultural, Winnicott utiliza uma outra imagem que tínhamos em comum — só que eu havia me esquecido dela, por completo. Winnicott fala a respeito do modo como o bebê chega a se capacitar para o uso do símbolo de união e poder começar a permitir a separação, e a se beneficiar desta separação, uma separação que não é separação, mas uma forma de união; e aqui ele se refere a um desenho que eu fizera, muito tempo antes, durante a década de 30, mostrando o interjogo entre os dois jarros. Winnicott diz que o desenho lhe expressou a tremenda significância que pode existir no interjogo entre as bordas. Acabei me descobrindo utilizando o mesmo desenho à guisa de símbolo visual para o conceito de Winnicott de espaço potencial” (pp.245-246).

³²² Safra (2005b) resume bem que o símbolo veicula experiência. Ele escreveu: “trata-se de uma concepção do campo simbólico que vai considerar importante não tanto o significado de um determinado símbolo, mas fundamentalmente sua possibilidade de veicular uma experiência, uma vivência. É a função simbolizante que permitirá ao indivíduo seu atravessamento nas diferentes modalidades de estar no mundo: do estado subjetivo à realidade compartilhada” (p.23).

processo que, na verdade, perdura a vida toda. É claro que essa situação depende da maneira como ela estabeleceu a confiança básica e seu lugar no mundo³²³.

Winnicott: Nessa terceira área de experiência, o ser humano continua criando o mundo e, ao mesmo tempo, reconhece a existência dum mundo objetivo, por meio da posse do primeiro objeto não-Eu. De minhas ideias sobre os objetos e os fenômenos transicionais houve um novo desdobramento que me levou ao tema do espaço potencial criado entre a mãe e a criança. Existe uma linha de continuidade dos fenômenos transicionais para o brincar, e do brincar para o brincar compartilhado, e desse último para as atividades culturais³²⁴.

Douglas: Esse espaço potencial é o resultado do abandono do objeto transicional. A criança, já tendo vivido a desilusão e alcançado a capacidade de lidar com a separação da mãe, tem no espaço potencial a possibilidade de viver a brincadeira e as experiências culturais³²⁵.

Winnicott: O espaço potencial é o resultado do que, no princípio, era um espaço entre o bebê a figura materna. Como Douglas acabou de afirmar, dos fenômenos transicionais e da brincadeira decorre a experiência cultural. Essa última se localiza no espaço potencial entre a pessoa e o ambiente. No início, havia um espaço entre o bebê e a mãe. Para que haja a possibilidade de se experimentar o espaço potencial, deve-se ter alcançado um sentimento de segurança de que o ambiente se mantém vivo e confiável. Para mim, “espaço potencial existe no interjogo entre a não existência e a existência de fenômenos e objetos que estão fora do controle onipotente³²⁶”.

³²³ Ver Safra (2005b, pp.93-94).

³²⁴ Ver Winnicott (1971b/2019).

³²⁵ Assim Safra (2005b) define o espaço potencial: “O espaço potencial é parte da herança deixada pelo desinvestimento do objeto transacional. É decorrente da capacidade da criança de lidar com a separação de sua mãe, pois é a confiança e o senso de si mesmo foram estabelecidos. É o campo que pode ser preenchido pelo indivíduo com o brincar e com experiências culturais” (p.66).

³²⁶ Ver Winnicott (1971b/2019, p.162).

Douglas: Vale repetir que, para que a pessoa possa viver os fenômenos transicionais e o experimentar o espaço potencial, é preciso ter tido boas experiências de ilusão de criação dos objetos subjetivos. Afirmar isso é o mesmo que dizer que o bebê precisa ter criado, a partir dos cuidados ambientais, de sua tendência inata à integração e da criatividade primária, um modo pessoal de experimentar os objetos subjetivos³²⁷.

Searles: A transicionalidade é o meio do caminho entre o subjetivo e o objetivo?

Douglas: Isso. Uma terceira área que permite experimentar o mundo objetivo duma forma pessoal, sem perder a capacidade criativa, e sem desconsiderar o mundo objetivo.

Searles: Eu escrevi um longo artigo sobre a simbiose e os fenômenos transicionais. Eu considero que você, Donald, fez uma contribuição fundamental para a nossa compreensão do que se passa na interação entre terapeuta e analista; apesar de nossa discordância, para mim, o conceito de simbiose continua sendo o que melhor descreve o que acontece entre a dupla analítica, quanto aos momentos de diminuição das fronteiras do Eu e experiências de indiferenciação. Eu interpreto que os fenômenos transicionais são diferentes facetas do processo de simbiose terapêutica³²⁸.

Douglas: Você usa as ideias de Winnicott para tentar compreender a diferenciação vivida pela dupla analítica em algumas situações clínicas.

Searles: Nos atendimentos de pacientes esquizofrênicos, mas não apenas só com eles, notei que o terapeuta pode sentir que os sintomas do paciente foram colocados dentro dele, terapeuta; e, além disso, os sintomas dos pacientes podem ser experimentados como um fenômeno transicional criado pelas duas pessoas envolvidas na sessão.

³²⁷ Ver Dias (2012).

³²⁸ Ver Searles (1976/1979).

- Douglas:** Como se os sintomas tivessem sido criados pela dupla. Eles não são nem de um, nem de outro.
- Searles:** Eu também cheguei a perceber como os objetos do consultório — um gravador, o divã e as notas tomadas pelo analista — podem ser experimentados como objetos transicionais.
- Winnicott:** Acredito que você fez um uso criativo de minhas ideias, mesmo sem se ater às minhas referências à transição do subjetivo para o objetivamente percebido.
- Searles:** Usei as suas ideias de meu jeito, para pensar nos pacientes esquizofrênicos que estão em estado de simbiose com o analista.
- Winnicott:** Pois você fez um ótimo uso delas.
- Searles:** Ainda resta falar um tanto sobre a parte do uso do objeto, não é mesmo?
- Douglas:** É verdade. Para completarmos a nossa apresentação sobre os diferentes sentidos de realidade propostos por Donald, precisamos falar sobre o uso do objeto e dos objetos objetivamente percebidos.
- Winnicott:** Falo sobre essa parte de minha teoria, mas acredito que podemos apenas trabalhar com o imprescindível dela, pois penso que, com a exposição dos fenômenos transicionais e do espaço potencial, já conseguimos sublinhar como estou atento às transições.
A minha teoria do uso do objeto foi conquistada depois de anos me debruçando sobre o tema da agressividade³²⁹.
- Douglas:** A sua teoria do uso dos objetos diz respeito à conquista que a criança alcança em seu processo de desenvolvimento: a capacidade de reconhecer e usar os objetos objetivamente percebidos. Se trata dum

³²⁹ Ver Winnicott (1990).

passo decisivo na possibilidade de o ser humano viver e experimentar a realidade compartilhada.

Winnicott: A tendência da criança ao amadurecimento a coloca diante da tarefa de conquistar o acesso à realidade não projetiva.

Douglas: O seu texto fundamental sobre o assunto é do final da década de 60, mas em 1963 você já tinha alguma intuição de que o acesso à realidade objetivamente percebida estava relacionado com a destrutividade. Na descrição do sonho relacionado a uma resenha dum livro de Jung, você assim escreveu:

Tive a percepção aguda, na terceira parte do sonho e quando desperto, de que a destrutividade pertence ao relacionar-se com objetos que se acham fora do mundo subjetivo ou da área de onipotência. Em outras palavras, primeiro existe a criatividade que pertence ao estar vivo, e o mundo é apenas um mundo subjetivo. Depois vem o mundo objetivamente percebido e a destruição absoluta dele e de todos os seus detalhes³³⁰.

Winnicott: Eu precisava encontrar a maneira como chegamos a conquistar a capacidade de ter acesso à realidade objetiva compartilhada. Já tinha escrito sobre os objetos subjetivos, os objetos e fenômenos transicionais, mas me faltava esclarecer a chegada ao mundo dos objetos objetivamente percebidos³³¹.

Douglas: Você faz a distinção precisa entre relação e uso do objeto. A relação de objeto é anterior ao uso, pois ela é vivida dentro do campo subjetivo e não diz respeito à materialidade externa do objeto. Na relação, a criança se relaciona com o que ainda está na área de onipotência. No uso do objeto, a existência externa e material do objeto é fundamental, pois o objeto tem uma vida autônoma do bebê, ou seja, não foi criado por ele.

³³⁰ Ver Winnicott (1963e/2005, pp.178-179).

³³¹ Ver Winnicott (1990).

Winnicott: A relação de objeto pode ser descrita nos termos duma pessoa isolada³³². E quando vamos considerar o uso do objeto, temos, necessariamente, que considerar o papel do ambiente. Para usar um objeto, deve-se ter alcançada a capacidade de usar os objetos, e isso significa uma mudança qualitativa no modo de experimentar o princípio de realidade. A conquista da capacidade de usar os objetos depende do ambiente facilitador. A mudança da relação para o uso significa que o objeto foi destruído e sobreviveu à destruição, o que é uma maneira de dizer que ele se manteve seguro, estável e não retaliou a criança.

Douglas: Você assim escreveu:

O sujeito diz ao objeto: “Eu destruí você”, mas o objeto está lá para receber a comunicação. De agora em diante o sujeito diz: “Olá, objeto! Eu destruí você”; “Eu amo você”; “Você tem valor para mim porque sobreviveu quando o destruí”; “Embora ame você, eu o destruo o tempo todo em minha *fantasia* (inconsciente)”. É nesse ponto que a fantasia começa para o indivíduo. O sujeito agora pode *usar* o objeto que sobreviveu. É importante destacar que o sujeito não destrói o objeto simplesmente porque ele está fora da área de controle onipotente. Além disso, é igualmente importante afirmar o inverso, é a destruição do objeto que o retira da área de controle onipotente. Desse modo, o objeto desenvolve sua própria vida e autonomia e (quando sobrevive) contribui com o sujeito, conforme suas propriedades específicas³³³.

Douglas: A destruição do aspecto subjetivo do objeto, na fantasia, e a sobrevivência do objeto permitem que a criança alcance a capacidade de usar os objetos, visto que eles passam a ter a qualidade objetiva. Por terem existência autônoma, os objetos resistem à destrutividade e sobrevivem. Há uma novidade nisso.

Winnicott: Quando escrevi esse artigo, se considerava que o princípio de realidade levava a criança à raiva e à destruição. Mas, de fato, a minha tese afirma o contrário disso: é a destrutividade que promove o encontro da criança com a realidade.

³³² Ver Winnicott (1971f/2019).

³³³ Ver Winnicott (1971f/2019, p.147, grifos do autor).

Douglas: E essa mudança é substancial³³⁴. Se o ambiente sobrevive à destruição, a criança terá alcançado a capacidade de usar os objetos. *O contato com os objetos objetivos se origina na necessidade da criança, e o ambiente permite, ou não, que ela possa conquistar esse novo sentido de realidade.* Como você afirma, “(...) o impulso destrutivo cria a externalidade³³⁵”.

Winnicott: Refiro-me à destruição sem raiva, é talvez mais adequado dizer que a destruição está mais ligada ao fracasso do objeto em sobreviver do que no impulso destrutivo da criança.

Douglas: Cito outra parte:

A seguinte sequência pode ser observada: 1) O sujeito se *relaciona* com o objeto; 2) O objeto começa a ser encontrado, em vez de ser colocado no mundo pelo sujeito; 3) O sujeito *destrói* o objeto; 4) O objeto sobrevive à destruição; 5) O sujeito pode *usar* o objeto. O objeto sempre é destruído. Essa destruição se torna o pano de fundo inconsciente do amor pelo objeto real; ou seja, um objeto que se encontra fora da área de controle onipotente do sujeito³³⁶.

Winnicott: Se tudo vai bem, a criança alcança a capacidade de usar os objetos, fantasiar e usar o seu potencial agressivo. No outro extremo, se as coisas vão mal, o que quer dizer se os objetos não sobrevivem à destruição fantasiosa e reage ou retalia a criança, pode haver uma dificuldade em se experimentar a raiz pessoal da agressividade e a fantasia destrutiva³³⁷.

Searles: Bela apresentação.

Winnicott: Acredito que consegui expor as minhas ideias sobre os objetos transicionais e o uso do objeto.

³³⁴ Sobre isso, Dias (2012) afirma: “Talvez se possa pensar que o bom precisa ser destruído porque o importante é criar, e não o objeto criado. O objeto, mesmo o bom, precisa ser destruído, porque, após ter sido criado, torna-se algo do mundo, um engate, um amarramento, algo ao qual a identidade fica ligada ou até mesmo aprisionada. O bom precisa ser destruído para evitar a objetificação do homem, mesmo no que se refere às suas criações. *O que importa, o que é vital, e faz a vida valer a pena, é poder continuar a criar, a partir do nada, da solidão essencial, da criatividade originária, como sempre*” (p.243, grifos meus).

³³⁵ Ver Winnicott (1971f/2019, p.152).

³³⁶ Ver Winnicott (1971f/2019, p.153, grifos do autor).

³³⁷ Ver Winnicott (1969b/2005).

Douglas: O principal você apresentou e detalhou: *o modo como você conceitua a transição entre diferentes tipos de sentido de realidade*. Se lermos a sua obra apenas com um acento desenvolvimentista, perdemos de vista a complexidade dos fenômenos descritos por você. Em seu pensamento clínico, você está diagnosticando qual é o tipo de sentido de realidade vivido na transferência. Como sou usado pelo paciente? Sou um objeto subjetivo? Estamos no campo da transicionalidade? Ou sou percebido e usado como um objeto objetivamente percebido?

Searles: E sobre a fase da dependência relativa, ainda haveria algo para ser dito?

Douglas: Teríamos que falar sobre as conquistas relativas à fase do concernimento, do Édipo e assunção da capacidade de se sentir uma pessoa inteira³³⁸.

Winnicott: Mas isso não é necessário, considerando o nosso objetivo.

Douglas: Concordo.

(Breve silêncio)

Douglas: Vocês querem fazer uma pausa?

Searles: Eu não preciso do intervalo hoje, até porque acredito que não tomarei tanto tempo de nossa reunião.

Winnicott: Por que você diz isso?

Searles: Porque, eu pelo menos assim considero, o seu pensamento é mais amplo do que o meu. Eu não tenho muito que falar na reunião de hoje.

Winnicott: Fale o que achar necessário.

³³⁸Aos interessados na compreensão geral da teoria do amadurecimento de Winnicott, indico os livros de Davis & Wallbridge (1982), Dias (2012) e Fulgêncio (2016; 2020).

Douglas: Então vamos direto, sem intervalo.

A palavra é sua, Harold.

Searles: Começo com uma afirmação: Donald tem uma teoria sobre a transição; eu não.

Douglas: Discordo de você. Apesar de não ter tantos trabalhos discorrendo sobre o assunto, as ideias de transição e movimentos fazem parte de seu pensamento clínico. Por se preocupar com os movimentos e transições, você está atento se o paciente se relaciona dum modo autista, simbiótico patológico, simbiótico terapêutico ou individuado. Numa mesma sessão, um paciente pode estar num ou noutra modo de relacionamento e sentido de realidade. Ora, essa preocupação com a transição entre diferentes modos de ser e estar com o outro é característico dum pensamento clínico interessado nos movimentos, nos processos. E não se esqueça que você escreveu, sim, três artigos sobre as transições entre as diferentes fases do relacionamento entre analista e paciente.

Outro ponto que temos que considerar é o seu estilo como escritor e analista. A sua preocupação é descrever e compartilhar o que se passa na transferência e contratransferência numa análise. É claro que você levanta hipóteses e teoriza, mas assim o faz a partir de uma perspectiva descritiva dos fenômenos clínicos.

Searles: Acho que você está certo. Mesmo que eu não tenha criado uma teoria tão ampla e complexa quanto aquela que encontramos na obra de Donald, eu tenho, de fato, um pensamento clínico que está atento às transições entre diferentes modos de interação da relação entre paciente e terapeuta. E não posso esquecer que sou referência no trabalho com pacientes esquizofrênicos, droga! É claro que eu tenho muito que falar.

(Silêncio)

Searles: Em minha prática profissional, encontrei nos conceitos de autismo, simbiose e individuação, que são modos de funcionamento do Eu, ferramentas úteis não só para compreender os terríveis fenômenos relacionados à esquizofrenia, pois eles também servem para nos guiar nas mudanças psicodinâmicas que ocorrem no trabalho analítico com qualquer tipo de paciente³³⁹.

Na simbiose patológica, o paciente tenta estabelecer um tipo de contato no qual ele e o terapeuta formam um mundo total composto por duas partes fixas e complementares, e isso acontece num tom afetivo de falta de realização, perturbação interior que pode chegar ao ponto de fazer o analista temer por sua sanidade. Tipicamente, o paciente simbiótico patológico coloca, coercitivamente, partes de si no terapeuta e tenta fazer com esse último complete o primeiro, o paciente, que se mostra demasiadamente necessitado e incompleto³⁴⁰.

Por não terem tido um bom ambiente que pudesse ajudá-los a se tornarem pessoas separadas das demais, esses pacientes não encontraram identificações humanas que os ajudassem a se desenvolver, haja vista que se pode considerar que as mães deles eram deprimidas, esquizoides ou abertamente psicóticas. Nesses pacientes numa simbiose patológica, há um conjunto de identificações odiosas, cheias de culpa e vingativas que não podem ser digeridas, e, por isso, os pacientes as coloca dentro do analista, o que pode levar esse último, inclusive, a ter a vida pessoal abalada.

Esses pacientes simbióticos se preocupam com a tarefa de completar o Eu das pessoas incompletas ao seu redor; e como estou me referindo aos pacientes do Chestnut Lodge, que convivem com vários outros internados, eles chegam para às sessões com muitos de seus companheiros doentes para que eu, o seu terapeuta oficial e rival, possa ajudá-lo a curar as pessoas doentes em sua volta.

Douglas: Você faz uma distinção entre dois modos de funcionamento desses pacientes: 1) o paciente que convoca o analista para um tipo de

³³⁹ Ver Searles (1971/1979).

³⁴⁰ Ver Searles (1971/1979).

indiferenciação que serve como defesa contra a relação interpessoal, visto que a indiferenciação criaria um mundo completo, rígido e fechado, composto por analista e paciente como se fossem apenas um. São aqueles que nos depositam no analista os seus introjetos; 2) e o segundo tipo é esse que está à procura de curar as pessoas em sua volta, e o que significa tentar completar o Eu incompleto delas.

Searles: O sentimento de ameaça que invade os atendimentos desses pacientes são reflexos dos medos paranoides de que, caso o esforço do paciente e terapeuta de se completarem alcance êxito e se crie uma única identidade conhecida, ele, o paciente, se perderá.

Douglas: Sobre isso, você escreveu:

Em minha experiência, os pacientes mais perigosamente paranoides são aqueles capazes de envolver alguém em um conflito intensamente ambivalente sobre essa questão: ou seja, o paciente e o terapeuta só podem existir psicologicamente quando alcançam e mantêm uma complementaridade um ao outro; mas, assim como a falta de complementação do outro significa a perda da existência pela falta de engajamento, um complementar muito bem-sucedido do outro significará uma perda, além de qualquer recuperação, da individualidade de alguém como pessoa parcial³⁴¹.

A relação com o analista, neste sentido, pode ser perigosa porque significa o risco de o paciente se perder no analista, se devorado ou assassinado por ele.

Searles: Oh, isso pode acontecer. Já que você está com o livro aí, leia a minha descrição de alguns tipos de pacientes que fazem parte desse quadro de pessoas simbioticamente patológicas.

³⁴¹ Ver Searles (1971/1979, p.137). No original: “The most dangerously paranoid patients. in my experience, are those most formidably able to involve one in intensely ambivalent conflict .over this issue: namely, that the patient and oneself can exist psychologically only by achieving and maintaining complementarity to one another; but just as failure to complement the other will mean the loss of existence through nonengagement, so a too successful complementing of him will mean a loss, beyond recapture, of one's individuality as a part-person”.

Douglas: Antes de ler essa parte, faço um breve comentário. É interessante como você se esforça para verificar de que maneira os pacientes numa simbiose terapêutica captam aspectos do psiquismo do analista e os coloca dentro si. É isso que você afirma nessa citação:

Em relação aos tipos de pessoa parcial que encontrei em diversos pacientes patologicamente simbióticos em relação a mim, quero mencionar, como exemplos, o paciente silencioso e imóvel que representa minha própria insensibilidade subjetiva — seguramente externalizada e separada, e ainda assim complementando, as partes de mim mais facilmente aceitas pela minha própria noção de identidade do ego; o paciente facilmente rotulado como louco que personifica minha própria loucura subjetiva e reprimida; o paciente que tem a qualidade de uma criança eterna, que personifica o meu eu perdido de criança, mais provavelmente, a criança que nunca fui, mas nunca deixei de esperar ser; o paciente que personifica a mulher ideal fantasiada inconscientemente que eu poderia ter sido, caso tivesse nascido mulher, ou até — em um caso recente, segundo as evidências — a criança do meu eu fantasioso de mulher; o paciente que contém em si, se apenas eu puder “curá-lo”, a chave para a realização dos meus esforços onipotentes; o paciente que representa um ou outro dos ingredientes não humanos do meu passado, seja um cachorro de estimação, árvores amadas, coisas diabolicamente assustadoras ou qualquer coisa do tipo; o paciente cuja imutabilidade é a minha imortalidade; e assim por diante³⁴².

Searles: Em alguns casos, os pacientes chegam a funcionar como se fosse o único vínculo que o analista tem com o mundo. O paciente pode atuar como se fosse uma parte viva do analista.

Searles: O paciente simbioticamente patológico precisará experimentar o modo de funcionamento autista normal, pois é assim que ele poderá começar a viver as experiências que deveriam ter acontecido na infância com a sua mãe.

³⁴² Ver Searles (1971/1979, p.137). No original: “As to the kinds of part-person I have found various pathologically symbiotic patients to be toward me, I want to mention, as examples, the silent and immobile patient who is my own subjective deadness - safely externalized and apart from, and yet complementing, the parts of me more readily acceptable to my own sense of ego identity; the easily labeled crazy patient who personifies my own subjective, repressed craziness; the patient who has the quality of an eternal child, who personifies my lost-child self or, more probably, the child I never was but never gave up hoping to be; the patient who personifies the unconsciously fantasied ideal woman I could have been, had I been born female, or even-in one recent instance, so the evidence went-the child of my fantasied womanself; the patient who holds within himself, if only I can "cure" him, the key to the realization of my omnipotent strivings; the patient who represents one or another of the nonhuman ingredients of my past, whether a pet dog, or beloved trees, or diabolically frightening things, or whatever; the patient whose changelessness is my immortality; and so on”

Winnicott: E por que isso acontece assim?

Searles: Esses pacientes não tiveram a oportunidade de viverem as fases do desenvolvimento do Eu de maneira saudável, pois precisaram se sacrificar para completar os seus pais. O paciente simbioticamente patológico nos convida para um tipo de relação onipotente e que está fadada ao fracasso, pois eles procuram repetir com o terapeuta o seu modo de relacionamento com os seus pais da infância. É por isso que eles precisarão viver, na análise, a fase autista de desenvolvimento, pois, somente regredindo para ela, poderão se tornar capazes de viverem uma simbiose terapêutica.

Douglas: Aqui você deixa isso bem claro:

O paciente que funciona de forma autista na transferência atua, como mencionei antes, como se ele mesmo fosse o mundo inteiro ou, de forma contrastante, como se o terapeuta fosse o mundo inteiro. Em outros momentos, paciente e terapeuta funcionam como mundos separados e sem relação entre si. Parenteticamente, parece-me que o paciente que é patologicamente simbiótico precisa gradual e lentamente vivenciar o que podemos chamar de “autismo saudável” durante a análise, uma experiência promovida pelo funcionamento do analista de maneira impermeável aos esforços do paciente para coagilo a se alinhar com a ligação patologicamente simbiótica habitual do paciente. Então, ao ser confrontado por esse obstáculo, o paciente é jogado de volta para si mesmo; e a partir das mudanças resultantes dentro de si, surge a capacidade para uma ligação simbiótica saudável com o analista³⁴³.

Searles: Estando atento ao modo de interação simbioticamente patológico, o analista não faz conluio com o paciente e o ajuda a se voltar para si mesmo e o experimentar o autismo normal.

³⁴³ Ver Searles (1971/1979, pp.139-140). Ver no original: “The patient who functions autistically in the transference functions, as I mentioned before, as though he himself were the whole world or, contrastingly, as though the therapist were the whole world. At other times, patient and therapist function as separate and unrelated worlds. Parenthetically, it seems to me that the pathologically symbiotic patient needs to cornell gradually and slowly, to have the experience in analysis of what one might call "healthy autism," an experience fostered by the analyst's functioning in a fashion impervious to the patient's efforts to coerce him into dovetailing with the patient's customary pathologically symbiotic relatedness. Now, confronted by this wall, the patient is thrown back into himself; and out of the consequent changes within him, a capacity emerges for healthy symbiotic relatedness with the analyst”.

O modo de funcionamento autista pode estar deflagrado, como nos casos de esquizofrenias, ou aparecer sutilmente na vida das pessoas. Algumas delas, inclusive, parecem ter interações interpessoais ativas, mas, se olharmos bem de perto, podemos identificar esse modo autista de funcionamento do Eu — eles podem ser enquadrados naqueles casos de pacientes *borderlines* ou “como se”. Por viverem como se fossem um mundo todo, os pacientes supõem que seu comportamento não tem efeitos sobre o analista, e que, caso houver algum efeito, ele tem um potencial destrutivo.

Winnicott: Esses pacientes podem trazer mobilizar no analista aquele tipo de sensação vivida em relação ao ambiente não-humano?

Searles: Oh, certamente. O terapeuta pode se sentir incompetente, inútil e chegar a se sentir não-humano. O terapeuta precisará suportar esse longo período autista do paciente, sem realizar interpretações transferenciais, até que o paciente possa regredir ao momento no qual ele pode, agora com o analista, vir a experimentar uma simbiose terapêutica saudável.

Douglas: Você deixa isso bem claro nesta parte:

Com o passar dos meses e anos de trabalho com o paciente autista, o analista acaba sentindo-se desnecessário, incompetente, inútil, insensível e essencialmente *não humano* em relação ao paciente tão atormentado, suplicante e acusador, mas persistentemente autista. É essencial que o analista seja capaz de suportar esse longo período — um período em que, apesar de talvez haver dados abundantes do paciente, as interpretações de transferência são raramente viáveis — para que a regressão de transferência do paciente possa atingir o nível inicial de desenvolvimento do ego no qual, na infância ou início da infância do paciente, suas potencialidades para uma simbiose saudável com a mãe foram distorcidas em um modo defensivo de funcionamento egoico. Nesse nível de desenvolvimento do ego, o bebê ou criança pequena ainda não havia alcançado uma diferenciação perceptual e experiencial entre si e sua mãe, *nem entre sua mãe e o mundo não humano ao redor*. Quando na evolução da transferência esse nível inicial de funcionamento egoico se torna acessível, então é possível que ocorram processos terapêuticamente simbióticos entre paciente e terapeuta, e que sejam interpretados como tal. Em breve,

essa fase de simbiose terapêutica posteriormente dará lugar à fase de individuação.³⁴⁴.

Nesse contexto, enquanto o paciente vive um modo de funcionamento autista, as interpretações transferenciais ou não surtiram efeito algum ou serão violentamente desprezadas pelos pacientes³⁴⁵. O paciente destrói o que é ofertado pelo analista.

Searles: No modo de funcionamento autista do paciente, sentimos pouca interação humana e não podemos exercer facilmente a nossa habilidade analítica. Nesse processo, o analista experimenta angústias intensas.

Douglas: Isso fica claro nesse trecho:

(...) o analista tem acesso a tão pouco da interação humano-analista com o paciente e tem pouca oportunidade de exercer suas funções analíticas habituais, ele tende a voltar-se para suas próprias capacidades de experiência autística. Se ele não teve oportunidade de se tornar relativamente bem familiarizado com essas áreas de si mesmo — se precisou manter essas áreas em grande parte reprimidas, relacionando-se de forma compulsiva com seus semelhantes humanos — esse isolamento em que é jogado, ao trabalhar com o paciente autista, é profundamente angustiante. Acredito, de fato, que qualquer analista, por mais bem analisado que tenha sido, experimenta considerável ansiedade, pelo menos em algumas ocasiões, nessa fase do trabalho. Com o tempo, ele tende a se relacionar cada vez menos com o paciente e cada vez mais com seu próprio superego regressivo, arcaico e autodepreciativo. O paciente exige dele tão tenazmente uma onipotência que seu próprio superego cada vez mais o considera não qualificado para uma onipotência benevolente, mas qualificado apenas para a única outra alternativa: uma onipotência malévola³⁴⁶.

³⁴⁴ Ver Searles (1971/1979, pp.147-148, grifos do autor). No original: “As the months and years of the analyst's work with the autistic patient wear ant the analyst is given to feel unneeded, incompetent, useless, callous, and essentially *nonhuman* in relation to his sotroubled and beseeching and reproachful, but so persistently autistic patient. It is essential that the analyst be able to endure this long period-a period in which, despite perhaps abundant data from the patient, transference interpretations are rarely feasible-in order that the patient's transference regression can reach the early level of ego development at which, in the patient's infancy or very early childhood, his potentialities for a healthy mother-infant symbiosis became distorted into a defensively autistic mode of ego functioning. At that level of ego development, the infant or young child had not yet come to achieve a perceptual and experiential differentiation between himself and his mother, *nor between his mother and the surrounding nonhuman world*. When in the evolution of the transference that early level of ego functioning becomes accessible, then it is possible for therapeutically symbiotic processes to occur between patient and therapist, and be interpretable as such. In due course, this phase of therapeutic symbiosis will subsequently usher in the phase of individuation”.

³⁴⁵ Ver Searles (1970/1979).

³⁴⁶ Ver Searles (1970/1979, p.151). Ver no original: “(...) the analyst has access to so little of human-analyst interaction with the patient, and so little opportunity to exercise his usual analytic functions, he

Searles: Esses pacientes autistas não alcançaram a integração e diferenciação entre o pensar, o sentir e o experimentar as sensações corporais. O analista também pode sentir sensações corporais estranhas nos atendimentos com essas pessoas. Com uma mulher predominantemente autista, me senti golpeado por suas explosões verbais, e, em mais duma ocasião, abandonei o quarto dela, depois que ela me insultou brutalmente, com a sensação somática de sentido o estômago estripado. Também ainda com a mesma mulher, senti desejo de golpeá-la e estrangulá-la, desejos que ela também sentia em seus momentos de fúria³⁴⁷.

Douglas: Nesses casos, o analista sente em seu corpo as manifestações dos efeitos do encontro com os pacientes. Eis porque você dá tanta importância para a contratransferência. O corpo, as sensações, a angústia e os pensamentos estranhos do analista são indicadores do que ocorre na análise.

Searles: E, apesar da angústia que tais manifestações podem despertar, o analista precisará suportar viver tais situações estranhas na relação com o seu paciente. Somente assim, o terapeuta também poderá experimentar a sua parte autista isolada, o que pode ser extramamente difícil.

Douglas: Sobre isso, cito esse fragmento de seu texto:

tends to be thrown back upon his own capacities for autistic experience.. If he has not had occasion to become relatively well acquainted with these areas of himself-if he has needed to maintain these largely under repression by relating compulsively to his fellow human beings-this isolation into which he is thrown, in this work with the autistic patient, is deeply anxiety-provoking. I believe, in fact, that any analyst, however well analyzed he has been, experiences considerable anxiety at least on occasion in this phase of the work. As time goes on he tends to become related less and less to the patient, and more and more to his own increasingly regressed, archaic, self-punitive superego. The patient so tenaciously requires omnipotence of him, and his own superego increasingly finds him not qualified for benevolent omnipotence, but as qualifying for the only other alternative-malevolent omnipotence”.

³⁴⁷ Ver Searles (1970/1979).

Em várias ocasiões, durante entrevistas clínicas com pacientes relativamente doentes, encontrei sensações somáticas aparentemente inexplicáveis e fantasias em minha própria mente, que se mostraram muito relevantes e valiosas para o diagnóstico e a subsequente psicoterapia. Por exemplo, posso sentir um impulso de estrangular um paciente silencioso e aparentemente inofensivo, relatar isso a ele e descobrir que o controle de impulsos semelhantes, ou suas experiências traumáticas passadas de ter cedido a tais impulsos, são assuntos que ele considera de grande interesse e relevância. Tipicamente, com pacientes mais profundamente esquizofrênicos, me vejo experimentando fantasias bizarras e sensações físicas únicas à minha experiência, específicas da minha relação com esse paciente em particular. Requer muita confiança em minha intuição clínica para falar sobre essas experiências pessoais estranhas durante a entrevista, pois o paciente, fortemente defendido contra o reconhecimento de sua própria loucura, costuma responder rotulando o terapeuta como louco e fazendo-o sentir um grau assustador de isolamento; além disso, os observadores menos experientes geralmente compartilham da visão do paciente. No entanto, o uso dessas experiências pessoais peculiares tem se mostrado valioso o suficiente para mim em muitas ocasiões, e, ano após ano, tenho desenvolvido uma confiança crescente nelas. Lembro-me, por exemplo, de uma experiência que tive há alguns anos com um patologista que sofria de esquizofrenia paranoide. Em determinado momento da minha entrevista com esse homem que aparentava estar bem, mas era bastante reticente, senti como se ele estivesse fatiando meu corpo com um microtomo gigante³⁴⁸.

Douglas: Você também nos mostra que o analista, nesses casos, deve se preocupar em não ser invasivo.

Searles: O analista deve mesmo a quase não existir com esses pacientes silenciosos. Num caso que atendi por vários anos, as minhas intervenções

³⁴⁸ Ver Searles (1970/1979, pp.154-155). No original: “On numerous occasions, during single teaching interviews with somewhat comparably ill patients, I have found to be highly relevant, and therefore valuable for diagnosis and subsequent psychotherapy~ seemingly unaccountable somatic sensations as well as fantasies on my own part. For example, one may experience an urge to strangle a silent and innocuous-seeming patient, report this to him, and learn that the control of precisely such urges, or his traumatic past experiences of having given vent to such urges, is a subject he finds of the most lively interest and relevance. Typically with the more deeply schizophrenic patients, one finds oneself experiencing bizarre fantasies and physical sensations unique to one's experience, peculiar- to one's relationship with this particular patient. It requires much faith in one's clinical intuition to speak of these during the interview, for the patient, heavily defended against the recognition of his own craziness, responds more often than not with labeling one as crazy and tending to make one feel a frightening degree of isolation; further, the less experienced onlookers generally share the patient's view in (his. But my utilization of such weird personal experiences has proved sufficiently valuable often enough so that, year by year, I have developed an increasing reliance upon them. I remember, here, an experience some years ago with a pathologist who was suffering from paranoid schizophrenia. At one point in my interview with this overtly well-seeming but rather noncommittal man, I felt as though he were slicing my body serially with a gigantic microtome”.

verbais eram experimentadas como perturbadoras para o mundo autista do paciente. Numa dada sessão, ele me disse que um barulho que eu fiz na sessão foi uma brutal interrupção no seu monólogo. Eu repliquei, numa ironia furiosa: “Lamento não poder existir aqui sem dar algum sinal de vida. Quase não digo nada, mas às vezes preciso respirar e fazer algum movimento”.

Winnicott: Quase deixar de existir: isso é agônico;

Searles: Não tenha dúvida disso.

E é interessante como o tema do ambiente não-humano surge com esses pacientes. As interpretações de fenômenos interpessoais não surtem efeito ou rechaçadas, mas uma interpretação aparentemente insensata pode facilitar o contato com essas pessoas. Certa vez, por exemplo, um homem num funcionamento autista me disse algo assim: “sua interpretação do ontem, aquele que você disse que era parte da mobília, me impressionou”.

Eu notei que, para ajudar esses pacientes de funcionamento autista a passarem a participar de uma relação simbiótica, o analista deve ser capaz de participar do mundo do paciente como se esse mundo fosse uma parte externa do analista. Por meio da comunicação não-verbal, o paciente pode se identificar com o analista e, aos poucos, se aproximar do próprio mundo do analista³⁴⁹.

Winnicott: E como o analista percebe que começou a ter uma mudança para a simbiose terapêutica?

Searles: Ocorre uma mudança no clima afetivo das sessões. O paciente, que antes vivia fechado em seu mundo autista, agora a ser se mostrar confuso e ambíguo, se transformando quase num camaleão.

A principal mudança que ocorre é que o analista, aos poucos, começa a se sentir à vontade para realizar interpretações transferenciais. Tendo

³⁴⁹ Ver Searles (1970/1979).

suportado experimentar a fase autista com o seu paciente, momento difícil no qual o analista também teve que relacionar com a sua própria experiência de estar sozinho e isolado, ainda que numa relação com o paciente, vemos o paciente regredir para uma posição próxima daquela que teria sido uma experiência saudável de simbiose terapêutica com a mãe da infância.

Douglas: Sobre isso, você escreveu:

Tenho descrito como característica desta fase de transição entre o autismo e a simbiose terapêutica o fato de o analista agora começar a encontrar a possibilidade de fazer interpretações da transferência de forma efetiva. Isso contrasta com a fase anterior, autista, durante a qual ele teve que se adaptar a longos períodos de tempo nos quais tinha a sensação de ser inútil, negligente, irrelevante, insensível, incompetente e, acima de tudo, essencialmente não-humano, precisamente porque o paciente precisava regredir, em sua experiência com o analista, ao nível da experiência da criança pequena em relação à mãe, como sendo algo muito mais do que meramente humano, como uma pessoa é vista pelos olhos de um adulto. O paciente precisava passar pela experiência do analista sendo equivalente à mãe primordial que compreende todo o mundo do qual o bebê é inextricavelmente parte, antes de ter desenvolvido suficientemente o seu próprio senso de si para tolerar a sensação de percebê-la como separada de seu próprio corpo e os dois como separados do resto do mundo real. A fase de transição também contrasta, em relação à oportunidade de interpretações da transferência, com a fase subsequente da simbiose terapêutica, na qual tais interpretações são quase irrestritamente apropriadas³⁵⁰.

Douglas: Na simbiose terapêutica, você notou como o paciente funciona como um terapeuta simbiótico.

Winnicott: O que isso significa?

³⁵⁰ Ver Searles (1970/1979, pp.162-163). Ver no original: "I have described it as characteristic of this phase of transition between autism and therapeutic symbiosis that the analyst now begins to find it possible effectively to make transference interpretations. This is in contrast to the earlier, autistic phase, during which he had to adapt to long stretches of time during which he was given the feeling of being useless, neglectful, irrelevant, uncaring, incompetent, and more than anything else, essentially nonhuman, precisely for the reason that the patient needed to regress, in his experience of the analyst, to the level of the young child's experience of the mother as being something far more than merely human, as a person is seen through adult eyes. The patient needed to come to experience the analyst as being equivalent to the early mother who comprises the whole world of which the infant is inextricably a part, before he has achieved enough of an own self to be able to tolerate the feeling experience of sensing her as separate from his own body, and the two of them as separate from the rest of the actual world. The transition phase likewise stands in contrast, as regards the timeliness of transference interpretations, to the subsequent phase of therapeutic symbiosis, in which such interpretations are almost limitlessly in order".

- Douglas:** Que o paciente tenta, no estado simbiótico, completar o Eu incompleto do analista. Posso dizer de outro jeito: o paciente tenta cuidar do analista, como se ele fosse um terapeuta atento ao que está reprimido ou dissociado.
- Winnicott:** Acredito que aqui você retomará aquela ideia estranha que ficou sem explicação.
- Searles:** Se menciona a minha hipótese de que o paciente esquizofrênico tenta ser terapeuta de seu analista, você está correto.
- Douglas:** Sem comentarmos algo sobre essa hipótese de Harold, não compreenderemos a sua afirmação de que o paciente se torna um terapeuta simbiótico.
- Searles:** Não tenho como discordar disso.
- Douglas:** Antes de você apresentar sobre o seu texto clássico de 1975, quero fazer um comentário.
Considerando o desenvolvimento histórico de seus trabalhos, podemos acompanhar como você construiu a sua hipótese de que os seres humanos possuem uma tendência psicoterapêutica para cuidar do outro.
- Winnicott:** Que coisa boa, pois assim posso acompanhar como se deu a criação dessa parte do pensamento de Harold.
- Douglas:** Como vimos nas reuniões anteriores, Harold sempre esteve atento ao fenômeno da diminuição da barreira egoicas entre a dupla analítica, bem como deu atenção à pessoa real do analista. Em seus primeiros trabalhos, a indiferenciação era compreendida como uma tentativa de anulação do outro na sessão analítica³⁵¹. No desenvolvimento de seu pensamento,

³⁵¹ Ver Searles (1951/1965; 1955/1965).

you can begin to perceive that the differentiation was part of the symbiotic phenomenon and was indispensable for the analysis, since the patients you treated needed to live a symbiotic relationship with the analyst in order to become separated from the others, that is, individuated³⁵².

Advancing in his ideas, you shed light on the patient's love in relation to the mother and the analyst. In the 40s and 50s, psychoanalysts emphasized the role of hate and envy in schizophrenia. But what Harold discovered is that love for the mother is the main reason why a child can sacrifice his development as an individuated person to remain in the role of completing and caring for the mother precariously integrated³⁵³.

Another step in your theory was given in an article we have already discussed. In that text about the vulnerability of the schizophrenic to the unconscious of the analyst, Searles perceived something essential: the patients captivated the repressed or dissociated analyst and, through introjection, placed him inside themselves. By introjecting aspects of the analyst, the patient tried to treat him psychologically so that the analyst would reintroduce himself; and this type of phenomenon occurs, predominantly, via non-verbal communication.

Searles: I could see that this phenomenon had a function of helping the analyst to become a more integrated person, that is, more aware of his conflicts and dissociated aspects of his personality.

Douglas: From this, two hypotheses emerge: 1) the patients, in the transference, try to care for their parents from childhood, helping them to become better people; 2) besides this transference aspect, there is an interpersonal dimension, which means affirming that the patient also tries to help the real person of the analyst to integrate. I cite a passage from the end of the article about the vulnerability of the schizophrenic to the unconscious of the analyst:

³⁵² Ver Searles (1959a/1965; 1959b/1965).

³⁵³ Ver Searles (1961b/1965).

Refiro-me aqui à suposta circunstância em que o terapeuta, nos níveis mais profundos da interação terapêutica, introjeta temporariamente os conflitos patogênicos do paciente e lida com eles em um nível intrapsíquico, tanto inconsciente quanto consciente, tendo como apoio as capacidades de seu próprio ego relativamente forte, e então, do mesmo modo, introjetando, o paciente se beneficia deste trabalho terapêutico intrapsíquico. *Acredito que o paciente, em não raras ocasiões, dá ao terapeuta o mesmo tipo de ajuda com os conflitos intrapsíquicos deste*³⁵⁴.

Douglas: Depois dessa breve contextualização, temos mais elementos para compreender a tese de seu artigo de 1975. Nesse trabalho, você desenvolveu essa ideia que foi sendo construída por anos: o paciente se esforça para cuidar do analista.

Searles: Logo no começo de meu trabalho, apresentei a minha hipótese.

Este artigo é dedicado à hipótese de que um desejo essencialmente psicoterapêutico é inerente aos mais poderosos anseios do ser humano em relação aos seus semelhantes, desde os primeiros anos e até os primeiros meses de vida. A pequena porcentagem de seres humanos que dedicam suas carreiras profissionais à prática da psicanálise ou psicoterapia está apenas dando expressão explícita a uma devoção terapêutica que todos os seres humanos compartilham. Quanto à parcela significativa de seres humanos que se tornam pacientes em psicanálise ou psicoterapia, estou sugerindo aqui não apenas que o paciente deseja proporcionar terapia ao médico, além de receber terapia dele; minha hipótese tem a ver com algo muito mais fundamental do que isso. Estou apresentando a hipótese de que o paciente *está doente porque e na medida em que* seus próprios anseios psicoterapêuticos foram submetidos a vicissitudes que os tornaram excessivamente intensos, frustrados em sua realização ou mesmo reconhecimento, e misturados, portanto, com componentes excessivamente intensos de ódio, inveja e competitividade. Eles foram, assim, submetidos a (ou mantidos sob, desde o início da consciência) repressão. Em termos de transferência, a doença do paciente é expressão de sua tentativa inconsciente de curar o médico³⁵⁵.

³⁵⁴ Ver Searles (1958/1997, p.59).

³⁵⁵ Ver Searles (1975/1979). No original: “This paper is devoted to the hypothesis that innate among man’s most powerful strivings toward his fellow men, beginning in the earliest years and even earliest months of life, is an essentially psychotherapeutic striving. The tiny percentage of human beings who devote their professional careers to the practice of psychoanalysis or psychotherapy are only giving explicit expression to a therapeutic devotion which all human beings share. As for the appreciably larger percentage of human beings who become patients in psychoanalysis or psychotherapy, I am suggesting here not merely that the patient wants to give therapy to, as well as receive therapy from, his doctor; my hypothesis has to do with something far more fundamental than that. I am hypothesizing that the patient *is ill because, and to the degree that*, his own psychotherapeutic strivings have been subjected to such vicissitudes that they have been rendered inordinately intense, frustrated of fulfillment or even acknowledgment, and admixed therefore with unduly intense components of hate, envy, and

Searles: Assim como os sonhos mostram que o ser humano é um dramaturgo, a análise com pacientes psicóticos nos faz perceber que somos, inconscientemente, psicoterapeutas. Considero que, quanto mais doente o paciente está, mais ele precisará se tornar o terapeuta do analista, e isso se dá pelo fato de o paciente precisar curar os pais doentes e favorecer que o analista se torne mais integrado. Essa hipótese é particularmente importante nos casos de pacientes psicóticos, pois não alcançaram um estabelecimento de Eu separado. Essa impossibilidade de o paciente se estabelecer com uma pessoa individuada se deu, a meu ver, pelo fato de ele sacrificar a sua individuação em prol da tarefa de funcionar de forma simbiótica com os pais.

Douglas: A psicanalista brasileira Fatima Florido Cesar resume bem esse sacrifício que a criança faz para continuar completando os pais incompletos.

Nossa condição (desde que nascemos) de ser suporte, destinatário e depositário dos afetos alheios se estende nestes casos, cheios de trágicas complicações. O pensamento de Searles é especial: não há possibilidade de separação/individuação se o filho se compromete (inconscientemente) e fracassa na missão de curar os pais doentes ou de auxiliá-los a serem pessoas totais. Como abandonar, fechar a porta da casa de origem onde pais infelizes permanecem? Como deixar para trás a loucura dos que nos geraram?³⁵⁶

Winnicott: Quando os filhos se tornam pais dos pais, e infelizmente isso acontece, temos uma tragédia.

Douglas: Harold considerou que o paciente se sente culpado por não ter sido capaz de cuidar dos pais. Em sua experiência, você percebeu que o paciente pode se tornar livre dessa culpa se tiver algum êxito em ser terapeuta do analista. Só assim o paciente pode, aos poucos, se colocar na direção da individuação, pois, antes disso, esse processo de se tornar uma pessoa separada significava abandono ou desmembramento da figura materna.

competitiveness. They have thus been subjected to (or maintained under, from the outset of consciousness) repression. In transference terms, the patient's illness is expressive of his unconscious attempt to cure the doctor" (pp.380-381).

³⁵⁶ Ver Florido Cesar (2009, pp.131-132).

Percebendo que pôde ser útil e cuidar do analista, o paciente pode, genuinamente, se individuar sem se sentir assassino.

Searles: É aqui que voltamos para o tema do terapeuta simbiótico.

Douglas: Sobre isso, você escreveu.

A simbiose saudável entre o bebê e a mãe, que normalmente fornece a base para a posterior individuação, sob circunstâncias trágicas leva a criança a se tornar não um indivíduo verdadeiramente humano, mas sim o que se pode chamar de um terapeuta simbiótico, cuja própria integridade egoica é sacrificada, continuamente ao longo da vida, em uma devoção verdadeiramente altruísta, para complementar a incompletude do ego da pessoa que assume o papel de mãe, e de pessoas subsequentes em sua vida que têm um significado emocional, em seu inconsciente, de mães igualmente incompletas cujo funcionamento egoico depende dele para ser sustentado como parte delas. Emoções “negativas” como ódio e culpa, frequentemente citadas na literatura sobre o desenvolvimento precoce do ego e a dinâmica familiar da esquizofrenia, são, de fato, uma parte significativa dessa imagem etiológica; mas sugiro que é, acima de tudo, a capacidade incipiente do paciente de amar e desenvolver responsabilidades humanas maduras que o impulsiona a perpetuar esse modo de relacionamento³⁵⁷.

Searles: Nos casos de pacientes neuróticos, eles tentam ajudar o analista a resolver algum sintoma neurótico. Já nos casos de pacientes esquizoides ou esquizofrênicos, os esforços terapêuticos se referem mais à fase pré-individuação. Fundamentalmente, esses últimos pacientes se esforçam para que a mãe biológica possa se integrar e se tornar uma verdadeira mãe para eles; esse é um esforço tanto altruísta, com um dedicado amor à mãe, quanto egoísta, pois, no final, os pacientes tentam curar a mãe para

³⁵⁷ Ver Searles (1975/1979, p. 393). No original: “The healthy infant-mother symbiosis, which normally provides the foundation for later individuation, under tragic circumstances fosters the child’s becoming not a truly human individual, but rather what one might call a symbiotic therapist, whose own ego wholeness is sacrificed, ongoingly throughout life, in a truly selfless devotion, to complementing the ego incompleteness of the mothering person, and of subsequent persons in his life who have the emotional meaning, in his unconscious, of similarly incomplete mothers whose ego functioning is dependent upon his being sustainingly a part of them. Such “negative” emotions as hatred and guilt, often cited in the literature on early ego development and the family dynamics of schizophrenia, are indeed a significant part of this etiological picture; but it is, I suggest, more than anything the patient’s nascent capacity for love, and for the development of mature human responsibility, that impels him to perpetuate this mode of relatedness”.

que eles possam ter uma figura materna com a qual possam se identificar e, assim, caminharem rumo à individuação³⁵⁸.

A introjeção é o principal meio pelo qual o paciente tenta curar o terapeuta; o primeiro tenta curar o segundo dentro si, intrapsiquicamente, utilizando a força do Eu, num tipo de tratamento do analista doente. Tendo feito isso, o paciente espera que o terapeuta introjete esse terapeuta mais saudável.

Douglas: E como você reconhece esse esforço terapêutico do paciente?

Winnicott: Ótima pergunta.

Searles: Como estou atento a esses esforços, percebo que a minha conduta na sessão passa a incluir um reconhecimento do cuidado mútuo que estamos nos oferecendo um ao outro. Faço interpretações desses esforços, reconhecendo como o paciente tem tentado ser útil para mãe e para mim.

Winnicott: Agora ficou claro porque você mencionou algo sobre um terapeuta simbiótico.

Searles: Que bom, pois na simbiose terapêutica encontramos esse terapeuta simbiótico cuidando da mãe e do analista³⁵⁹.

Winnicott: E sobre a individuação?

Searles: Não escrevi tanto sobre ela. O que posso dizer é que, no decorrer da simbiose terapêutica, o terapeuta e o paciente começam a sentir uma necessidade de se separarem e se relacionarem como pessoas separadas; e esse é um momento delicado demais, já que o terapeuta ou o paciente podem querer prolongar a simbiose, pois a separação trará sentimentos intensos. O paciente pode até chegar a pensar em se matar nesse processo de individuação, uma merda. Quando estamos chegando a isso, temos

³⁵⁸ Ver Searles (1975/1979).

³⁵⁹ Ver Searles (1975/1979).

muitas idas e vindas, muitas transições entre modos de ser na sessão; além disso, aos poucos, vamos acompanhando que o paciente pode começar a ter um melhor acesso à realidade. Se pode dizer que ele, agora, está pronto para começar uma análise padrão nos moldes da que desenvolvemos com pessoas neuróticas³⁶⁰.

Winnicott: Você teve coragem de nos dizer que não tinha para falar? Você nos enganou direitinho, Harold. Não tomamos café e nem tivemos intervalo, já que seria uma conversa rápida, sacanagem.

Douglas: Pensei o mesmo aqui, Donald. Avançamos direto sem pausa.

Searles: Não me encham. É claro que eu tenho muito que dizer, afinal sou uma referência em pacientes graves.

Winnicott: Douglas, sei que você quer falar, mas, por favor, não demore. Preciso sair para ir ao banheiro.

Douglas: Prometo que serei breve.

Essa nossa reunião me foi especial, pois conseguimos compartilhar partes do pensamento de vocês me são caras. Além do mais, e isso foi muito interessante para mim, no começo de nosso papo, conseguir falar um pouco sobre as minhas tentativas usar recursos clínicos que possam promover encontros humanos significativos que favoreçam a constituição do espaço potencial.

Donald tem uma teoria sobre a transição entre os diferentes sentidos de realidade, o subjetivo e o objetivo. Em seu pensamento clínico, você está atento tanto à fase do desenvolvimento emocional no qual o paciente se encontra (dependência absoluta, dependência relativa ou rumo à independência) e ao sentido de realidade que ele vive (subjetivo, transicional ou objetivamente percebido). Não se pode compreender o

³⁶⁰ Ver Searles (1961a/1965).

seu pensamento sem ter a clareza de sua preocupação com essas transições.

Winnicott: Certo.

Douglas: Harold não possui uma teoria sobre as transições, mas faz ótimas descrições sobre os sentidos de realidade autista, simbiótico patológico e simbiótico terapêutico. Apesar de não ter uma teoria explícita sobre a transição entre eles, podemos identificar a sua preocupação em trabalhar a partir do sentido de realidade no qual o paciente se encontra. Além, é claro, de você sempre ressaltar a importância da pessoa real do analista e sua participação interpessoal na análise.

Winnicott: Acabou?

Douglas: Quase, mais um segundo.

Winnicott: Preciso ir, chega! Até daqui quinze dias.

Searles: Donald foi sem saber se poderemos nos reunir em quinze dias.

Douglas: Você queria o quê? Que ele se mijasse nas calças?

Searles: Fale logo o que iria falar e pronto.

Douglas: Iria dizer que, se caso alguém estivesse nos ouvindo ou nos lendo, poderia ser perguntar: *“por que esse tema das transições é tão importante?”* Eu diria: *“Porque sabermos onde o paciente está é imprescindível para que não criemos uma espécie de confusão de línguas. Dito de outro modo, o pensamento clínico processual nos serve como apoio para que possamos realizar as nossas tarefas clínicas de acordo com as necessidades dos pacientes.”*

(Silêncio)

Douglas: Era isso.
Você poderá participar da reunião em quinze dias?

Searles: Sim.
Mas e como saberemos de Donaldo poderá estar com a gente daqui duas semanas?

Douglas: Eu mando um e-mail para ele, não se preocupe.
Adeus.

Searles: Tchau, senhor Douglas.

CAPÍTULO 4 TRANSFERÊNCIA

Leitores e leitoras,

Desejo que o nosso encontro de hoje seja produtivo e nos faça pensar sobre a nossa prática analítica — afinal, movimentar o pensamento clínico, retirando-o da comodidade das certezas, das claras convicções teóricas que nos cegam, desenvolvendo-o e refinando-o cada vez mais, é o objetivo dos escritos psicanalíticos, não é mesmo?

Depois de termos discutido aspectos centrais dos pensamentos de Winnicott e Searles, como fizemos nos encontros anteriores, estamos preparados para dialogarmos sobre a transferência. Antes disso, sem que tivéssemos nos apropriado das ideias basilares de nossos interlocutores, não teríamos condições para compreender as suas proposições sobre esse conceito clínico.

No clássico *”Recordar, Repetir e Elaborar”*³⁶¹, Freud postulou o conceito clínico de neurose de transferência. O *setting* analítico é fundamental para que ocorra a transformação da neurose comum em uma neurose de transferência, ou seja, a atualização do infantil no relacionamento entre a dupla analítica. É por meio da interpretação das *imagos* infantis dos pacientes, e das resistências que as acompanham, agora atualizadas na sessão, que a análise ocorre.

Muito se passou desde 1914.

No desenvolvimento da psicanálise, com os avanços realizados a partir dos tratamentos de pacientes que não se enquadravam no quadro clássico das psiconeuroses (histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva), ampliou-se a compreensão da transferência. Tal ampliação possibilitou que a teoria da clínica abarcasse diferentes modalidades de transferência em diversos tipos de adoecimentos psíquicos. Uma dessas formas de transferência se refere ao que veio se chamar psicose de transferência.

³⁶¹ Ver Freud (1914/2010).

Margaret Little³⁶² ajuda-nos a compreender essa distinção entre neurose e psicose de transferência. Para Little, analista cujo adoecimento pessoal lhe permitiu aprender na alma a natureza das experiências psicóticas, na neurose de transferência a qualidade do “*como se*” está presente, visto que o analista é percebido pelo paciente como uma pessoa real e distinta. O analista, assim, é visto “*como se fosse*” os objetos primários do paciente, mas não se torna esses objetos. As capacidades de viver a ambivalência afetiva e diferenciação entre a realidade objetiva e a subjetiva estão presentes, mesmo que ainda de maneira precária, o que permite que trabalhemos, principalmente, com as interpretações verbais. O analista é e não é o objeto. Paradoxo fundamental descoberto por Freud — Winnicott compreendeu e conferiu ao paradoxo um lugar central na psicanálise, mas o conceito de transferência já carrega em si, mesmo que implicitamente, a sustentação dessa dimensão paradoxal da situação clínica.

Na psicose de transferência, ou da transferência delirante (*delusional transference*), tem-se um quadro distinto, pois a qualidade “*como se*” desaparece. A realidade psíquica do paciente torna-se mágica e onipotente, sem diferenciação entre a experiência subjetiva e a objetiva. Nesta situação, o analista se torna o objeto primário para o paciente³⁶³. Isso demanda uma postura clínica diferente daquela realizada quando estamos diante de uma neurose de transferência.

Esse tipo de transferência psicótica é familiar para Winnicott e Searles.

Para o analista inglês, o paciente em um estado de regressão à dependência experimenta a relação com o analista como se, de fato, esse último fosse a sua mãe, tanto em sua qualidade de ambiente, nos estados tranquilos, como de objeto, nos estados excitados. Na neurose de transferência, o divã e as almofadas representam o corpo da mãe; já nos momentos regressivos, esses objetos físicos³⁶⁴ são o analista e a mãe³⁶⁵. Aqui, o manejo se torna central.

Neste tipo de transferência psicótica, estamos no campo das necessidades do Eu, o que quer dizer que estamos lidando com fenômenos clínicos de natureza constitutiva e subjetiva. Daí a importância de promover o manejo e cuidado ambiental condizentes com as necessidades dos pacientes. O que nos é demandado é um cuidado, baseado na

³⁶² Ver Little (1981/1993).

³⁶³ Ver Little (1981/1993).

³⁶⁴ Ver Safra (2005b) e Stanchi (2014).

³⁶⁵ Ver Winnicott (1954/2000).

confiança e estabilidade, que nos coloca diante de condições próximas daquelas mais originárias do ser humano³⁶⁶.

Searles, por sua vez, diante de pacientes abertamente delirantes, considera que é mais difícil identificar a transferência psicótica, pois não há diferenciação e integração que permitam a separação entre analista e analisando. A simbiose é o conceito central aqui. O paciente não se tem a capacidade de realizar diferenciações entre analista e analisando, passado e presente, pensamento e ação, humano e não-humano³⁶⁷.

Este é um primeiro ponto que destaco: *a distinção entre neurose e psicose de transferência*³⁶⁸. Considerando que Winnicott e Searles possuem um pensamento clínico processual, a citada distinção não diz respeito a entidades clínicas específicas, mas, isso sim, refere-se a qualidades psíquicas distintas. No trabalho com pacientes neuróticos, em um dado momento de uma sessão, pode-se experimentar um tipo de transferência que possui uma qualidade psicótica; e, da mesma forma, deve-se considerar a existência da neurose de transferência em alguns momentos do trabalho clínico com pacientes psicóticos. Desta maneira, é um equívoco se afirmar que na análise com pacientes regredidos não há interpretação verbal. O que nos levará a fazer certa intervenção não é o quadro psicopatológico, mas a natureza dos fenômenos clínicos. Pode-se fazer interpretações transferenciais com um paciente psicótico, desde que ele esteja num certo nível de integração que possa aproveitar esse tipo de intervenção verbal. E o inverso pode acontecer: será preciso realizar um manejo ambiental com um paciente neurótico que está imerso em um estado regredido. A clínica é sempre complexa, multifacetada e viva. Não caímos em falsas simplificações.

Em Winnicott e Searles, a transferência está diretamente relacionada à *noção de experiência*. Para eles, a compreensão intelectual e explicativa da transferência promove qualquer coisa menos uma verdadeira mudança no paciente — quem nunca teve a sensação de ter sido explicativo e intelectual demais e ter estragado uma sessão? A análise, pensada desta maneira, é uma possibilidade de promover uma experiência que permite a constituição de aspectos do *self* do paciente³⁶⁹.

³⁶⁶ Ver Winnicott (1954/2000).

³⁶⁷ Ver Searles (1963/1965).

³⁶⁸ Apesar de trabalharmos com a distinção entre a neurose e a psicose de transferência, ressalto o foco não é psicopatológico. O que me interessa, com efeito, é destacar, a partir da clínica de ambos os autores, as contribuições deles para a teoria clínica da transferência

³⁶⁹ Apesar de Searles (1965) não usar essa nomenclatura, o seu modo de pensar se aproxima da ideia de que o trabalho clínico tem como objetivo promover um encontro humano que dê condições para vir a acontecer o que não foi experimentado numa simbiose saudável.

No trabalho clínico com pacientes regredidos, mas apenas só com eles, a análise tem o objetivo de promover um novo começo, termo de Balint³⁷⁰, ou a constituição do que não-acontecido. *A transferência, portanto, possui um caráter inaugural e não apenas de repetição.*

Um paciente me contou como lhe era significativo vir às sessões para dar risada comigo. Para ele, antes da análise, a risada não podia ser compartilhada, pois viera de uma família que desvalorizava os momentos de alegria e leveza. A análise acontecia nesse espaço de compartilhamento humano no qual a risada poderia ser uma expressão de seu *self*. Muito polido, tinha um modo formalíssimo de usar a linguagem. Deliberadamente, eu costumava usar palavrões e falar de um jeito mais despojado em nossas sessões — o que me é natural.

Em Winnicott e Searles, encontramos formulações sobre os diferentes modos de contato com a realidade. Lembremos: subjetiva, transicional e objetiva, em Winnicott; e autista, simbiótica e individuada, em Searles. Não há, portanto, um único modo sentido de realidade. Com isso, eles possuem uma compreensão *multifacetada da transferência*. Existem diferentes facetas da transferência que precisam ser compreendidas em uma análise. Certo tipo de transferência demanda uma presença e um encontro humano específico³⁷¹.

Esses são os aspectos fundamentais que serão discutidos a seguir e fazem parte da maneira como Winnicott e Searles pensam a transferência: *a noção de experiência, a qualidade multifacetada da transferência e distinção entre neurose e psicose de transferência*. Para tanto, conversaremos sobre alguns casos clínicos atendidos por eles.

Despeço-me, leitores e leitoras.

Um até breve.

³⁷⁰ Ver Balint (1968/2014).

³⁷¹ Ver Safra (2005a).

Vinte e sete de outubro dum ano qualquer...num mundo virtual...

Douglas: Oi, como vocês estão?

Winnicott: Olá, Douglas e Harold.

Searles: Oi.

Douglas: Me escutam bem?

Searles: Sim, Douglas.

Winnicott: Deve estar frio aí no Brasil, pois vejo todo agasalhado e com cachecol enrolado no pescoço.

Douglas: O bicho está pegando.

Winnicott: O que significa isso?

Searles: Deve ser alguma gíria.

Douglas: É uma expressão brasileira. Como vou explicar para vocês? Humm. Significa que está muito, muito, muito frio.

Searles: Faz frio no Brasil?

Douglas: O país é enorme, com muita diversidade de ambientes e climas. Está um gelo em São Paulo, mas um calor no Nordeste. Venham conhecer o Brasil. Com certeza irão se surpreender. O meio analítico brasileiro é vigoroso, apesar de não receber o devido reconhecimento no exterior.

Winnicott: Em minha última viagem aos Estados Unidos, tive um grave problema de saúde. Preciso descansar e permanecer em Londres³⁷².

Searles: Não posso viajar sozinho. Como vocês veem no vídeo, os meus óculos de grosso calibre não me deixam esconder a minha quase cegueira.

Winnicott: Só vemos a sua testa.

(Risos)

Searles: Sério?

Douglas: Ouvimos uma voz saindo duma testa branca oleosa.

(Risos)

Searles: Vou ajeitar a tela do computador. Está melhor? Conseguem ver o meu rosto?

Douglas: Ainda não.

Searles: E agora?

Douglas: Não, nada ainda.

Searles: Deu certo?

Winnicott: Sim, agora vemos você e seus óculos.

³⁷² Na apresentação de sua teoria do uso do objeto, em 12 de novembro de 1968 na Sociedade Psicanalítica de Nova Iorque, Winnicott não foi compreendido. As ideias do analista inglês não foram bem recebidas pelos colegas americanos. Coincidência ou não, Winnicott adoeceu após essa apresentação (DIAS, 2005). Na ata dessa reunião científica, temos o seguinte comentário: “De maneira encantadora e espirituosa, o Dr. Winnicott respondeu dizendo que seu conceito havia sido estraçalhado. Ele tentara comunicar algo, mas sentia que não obtivera êxito” (MILROD, 1968/2005, p.248). Aos interessados num aprofundamento dessa história, indico textos aqui citados.

(Risos)

I'm so happy

I'm gonna join the band

We are gonna dance and sing in celebration

We are in the promise land.

Searles: Ouço uma música baixinha. Ou será impressão minha?

Douglas: Caramba, nossa, nem não notei que o meu som continuou ligado. Conhecem Led Zepellin? Essa música se chama “*Celebration Day*”. Um clássico, coisa linda.

Winnicott: Eles são ingleses?

Douglas: Eles são seus conterrâneos.

Winnicott: Sou fã dos Beatles³⁷³.

Douglas: Os Beatles são...

(Breve silêncio)

Winnicott: Cadê ele?

Searles: Douglas caiu?

Winnicott: Douglas?

Searles: Oi, oi, olá.

(Breve silêncio)

³⁷³ Ver Clare Winnicott (2005).

Searles: Coisas da internet. Cada dia é um que vai para o espaço.

(Silêncio)

Douglas: ...mas não gosto desses álbuns.

Winnicott: Douglas, você travou. Não ouvimos nada do que você disse.

Searles: Paramos de ouvir você quando começou a falar dos Beatles.

Douglas: Azar de vocês, meu caros, que perderam a oportunidade de conhecerem o meu vasto conhecimento musical.

(Risos)

Searles: Quer repetir o que você disse?

Douglas: Não, não é preciso, estava brincando.
Vamos ao nosso tema de hoje.

Winnicott: A transferência.

Searles: Tenho importantes contribuições para compartilhar com vocês. O meu trabalho com pacientes esquizofrênicos crônicos me permitiu construir um conhecimento consistente sobre a transferência, que venho apresentando nos vários artigos que tenho publicado desde o começo dos anos 50. Sou uma autoridade em psicoterapia e psicanálise com pacientes psicóticos, mas o meu pensamento pode ser útil em qualquer tipo de caso, mesmo com pessoas consideradas neuróticas.

Douglas: Que oportunidade estar aqui com vocês!

Winnicott: Entendo, Douglas, eu também ficaria entusiasmado se estivesse no lugar dum jovem analista conversando com colegas mais velhos e respeitados. Eu já fui um pediatra iniciante em psicanálise e me formei com pessoas do valor de Melanie Klein, minha supervisora por anos, além de ter sido paciente de James Strachey e Joan Riviere³⁷⁴. Mas nunca aceitei ficar uma posição de submissão intelectual. Não se torne um admirador mudo ou um repetidor de jargões e frases feitas. Precisamos manter a linguagem viva. Lembre-se: não há criação sem destruição.

Douglas: Experimentarei destruir vocês.

(Risos)

Winnicott: Destruir os analistas que admiramos é a melhor maneira de homenageá-los³⁷⁵.

Searles: Nós somos a referência aqui, você sabe disso e tem nos respeitado...

Douglas: Porra, de novo? Caralho.

Winnicott: Você já disse isso, Harold!

Douglas: Só umas dez vezes, Donald; ou talvez umas quinze. Sou repetitivo; mas, ao lado de Harold...

Searles: Qual o problema de vocês com as minhas repetições?

³⁷⁴ Ver Rodman (2003).

³⁷⁵Na teoria do uso do objeto, a destruição do aspecto subjetivo do objeto é condição para a criação. O aspecto subjetivo do objeto é permanentemente destruído e criado. Sobre isso, concordo com Safra (1997) que destruir Winnicott é uma maneira de homenageá-lo. Num texto de 1997, que ainda possui uma validade em nosso campo analítico atual, Safra considerou: “O mais frequente tem sido a idealização de Winnicott, algumas vezes a mumificação ou a homogeneização de seus trabalhos, outras o aparecimento de falsos selfs (selves) winnicottianos e o pior: o oportunismo de alguns embarcando na nova moda, na busca de uma carreira aparentemente fácil. *A nossa maior homenagem para ele seria sermos capazes de amá-lo como objeto real destruindo-o e, nossa fantasia, assimilando a riqueza de seu pensamento em nossa maneira de ser*” (p.40, grifos meus).

Winnicott: Elas são irritantes!

Searles: Preciso reafirmar essa droga, porra! Temos dois contra um por aqui.

(Silêncio)

Searles: Prossigam; continuem.

(Longo silêncio)

Douglas: Compartilho o fragmento dum caso clínico. X foi uma de minhas primeiras pacientes, uma mulher de quarenta e poucos anos, deprimida e com dificuldades em estabelecer vínculos significativos. Sempre que os homens se interessavam por ela, e eles eram muitos, temia ser alvo de brincadeiras maldosas, “*alguma pegadinha*”. Como uma mulher “*tão ruim, sem nada a oferecer ao mundo*”, era admirada e desejada? O interesse dos homens, portanto, só podia ser falso. Durante a semana, ela mantinha uma vida funcional, trabalhava e se relacionava com a família e com os amigos. Nos finais de semana, a cama se tornava o seu refúgio. O nosso trabalho durou poucos meses. No afã desesperado para me ver como bom analista-escutador-intepretador — figura perturbadora e idealizada que assombra o início de nossa vida profissional —, fiz interpretações descabidas, fora do tempo e sem tato. As minhas interpretações repetiam a dinâmica do ambiente originário — ambiente que gritava: “*Cresça, lide com as frustrações, a vida é dura mesmo*”. Buscava traduzir a sua fala — quanta arrogância — e colocar a paciente diante de seu desejo. O que eu dizia para ela tinha consistência teórica, num tipo de pensamento analítico, mas desprezava a tarefa clínica fundamental: permanecer ao seu lado e sustentar uma situação clínica que permitisse a criação da confiança básica. Na última sessão, X me agradeceu pelo trabalho que realizamos juntos, mas sentia que não podia permanecer em análise. Ao final dela, X fez a interpretação que eu deveria ter feito: as minhas intervenções cobravam

algo além de suas capacidades maturacionais. “*O que nós conversamos faz todo sentido e me ajuda, agradeço você, mas parece que estamos falando de mim como se eu fosse mais madura do que sinto que sou. Isso me entristece e me deixa culpada*”.

Searles: Os fracassos fazem parte de nossa profissão. Não confio em analistas que compartilham apenas os sucessos; ou eles são mentirosos, o que é uma possibilidade, ou são clínicos péssimos.

Douglas: Ou querem se vender como analistas incríveis.

Winnicott: Aprendi muito com uma paciente que se matou, uma pessoa que me fez dedicar a ela mais de 2.500 horas de minha profissional³⁷⁶.

Douglas: Me lembrei dum texto seu, Donald. Gosto quando você afirma que uma interpretação correta pode ser traumática, caso ela não seja criada com base no material fornecido pelo paciente. Na melhor das hipóteses, se houver rebeldia, temos a rejeição da interpretação; na pior delas, infelizmente, o paciente se submete ao analista.

O analista capta essas pistas e faz a interpretação, e muitas vezes acontece de o paciente falhar em dar as pistas, impedindo o trabalho do analista. Essa limitação do poder do analista é importante para o paciente, assim como o poder do analista é importante, representado pela interpretação correta, feita no momento certo e baseada nas pistas e na cooperação inconsciente do paciente, que está fornecendo o material que vai fundamentar e justificar a interpretação. Deste modo o analista em treinamento muitas vezes faz análise melhor do que o fará passados alguns anos, quando ele souber mais. Quando tiver tido diversos pacientes ele começará a achar entediante ir tão devagar quanto o paciente, e começará a fazer interpretações baseadas não no material fornecido em determinado dia pelo paciente, mas em seu próprio conhecimento acumulado ou em sua adesão contingente a determinado conjunto de ideias. Isto é inútil para o paciente. *O analista pode parecer muito esperto, e o paciente pode expressar admiração, mas no fim a interpretação correta é um trauma, que o paciente tem que rejeitar porque não é sua.* Ele se queixa de que o analista tenta hipnotizá-lo, isto é, de que o analista está incitando a uma regressão severa à dependência, arrastando o paciente de volta a uma fusão com o analista³⁷⁷.

³⁷⁶ Ver Winnicott (1990).

³⁷⁷ Ver Winnicott (1960a/2022, p.63, grifos meus).

Winnicott: Certas análises podem ser tornar submissão.

Searles: Com pacientes *borderlines*, como já escrevi num artigo, o analista pode, inconscientemente, impor a sua visão de realidade ao paciente, já que o profissional vive uma forte pressão interna para fazer isso, considerando a grande dificuldade desses pacientes ter acesso à realidade externa, e isso é um fato; e o analista, nessa situação, pode promover uma pseudo-integração e pseudo-acesso à realidade. Pelo que nos contou dessa sua paciente, Douglas, não é possível arriscar se ela tinha essa dinâmica *borderline*, e isso é irrelevante aqui, pois o que quero destacar é o perigo de construirmos um mundo nosso, dos analistas, para as pessoas que atendemos, independentemente de discussões diagnósticas³⁷⁸.

Winnicott: Em meus termos, a análise pode resultar num falso *self*. Existem falsas análises. Há análises que duram anos e terminam sem nunca terem acontecido.

Douglas: Sim, existem análises que são falsas, já que são feitas a partir do falso *self* do paciente. Em certos casos, só depois de meses ou anos podemos encontrar o paciente onde ele está. Sem a criação da confiança no analista, o paciente pode se manter numa análise como uma forma de incrementar o seu falso *self*.

Winnicott: Tudo isso é verdade. O que eu ainda não entendi é de que maneira o fragmento clínico que você apresentou se relaciona com a nossa conversa.

Douglas: Vou tentar me comunicar melhor. É impossível compreendermos as proposições de vocês sobre a transferência sem que tenhamos clareza de que elas estão relacionadas com determinadas formas de sentidos de realidade. Por isso, nas reuniões anteriores nós conversamos sobre a

³⁷⁸ Ver Searles (1986a).

dependência absoluta, a dependência relativa, os objetos subjetivos, os objetos e fenômenos transacionais e os objetos objetivamente percebidos; da mesma maneira que trabalhamos com os conceitos de autismo, simbiose patológica, simbiose terapêutica e individuação.

Vocês possuem uma compreensão multifacetada da transferência, pois ambos consideram a existência de diferentes modos de o paciente ser e se relacionar na análise com o analista. É aqui que a minha vinheta clínica entra. O sofrimento de X estava ligado às falhas de aspectos constitutivos de seu self; enquanto eu a escutava no nível do desejo. Houve um tipo de confusão de línguas, para usar a expressão de Ferenczi.

Leio outra citação sua, Winnicott, pois a considero importante nesse momento de nosso papo. Em “*Natureza Humana*”, você escreveu:

Foi realizada uma tentativa de descrever o fator ambiental relativo aos vários estágios do desenvolvimento emocional. No entanto, para uma compreensão mais completa da questão, é preciso lembrar que os estágios iniciais jamais serão verdadeiramente abandonados, de modo que ao estudarmos um indivíduo de qualquer idade, poderemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas às mais tardias. Ao cuidar de crianças, ou ao realizar uma psicoterapia, é necessário estarmos sempre atentos à idade emocional do momento, de modo a podermos fornecer o ambiente emocional adequado³⁷⁹.

Douglas: Essa é uma citação que nos fornece subsídios para apreendermos as maneiras como vocês trabalham a transferência. Num dado caso, portanto, podemos entrar em contato com aspectos mais primitivos, relativos aos processos constitutivos, e, do mesmo modo, em outro momento da sessão, cuidamos de processos mais maduros, tais como aqueles referentes às relações de objetos e ao Édipo, por exemplo.

Winnicott: A natureza humana é complexa e merece ser estudado de maneira séria e cuidadosa. Estamos em todas as idades e não estamos em nenhuma. Por onde começar se o começo é uma soma de começos?

³⁷⁹ Ver Searles (1990, p.179, grifos meus).

- Douglas:** Me recordei duma vinheta clínica dum caso seu, Donald.
- Winnicott:** Você se refere a qual caso?
- Douglas:** Falo daquele que está descrito em “*Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica*”, trabalho de 1963³⁸⁰.
- Winnicott:** O essencial do que quis comunicar nesse texto diz respeito à *relação entre a transferência e os diferentes modos de dependência*.
- Douglas:** O que também significa estar atento ao sentido de realidade vivido pela paciente na transferência.
- Winnicott:** Uma jovem esperou alguns meses para começar o trabalho comigo, e, inicialmente, pude recebê-la apenas uma vez por semana. No momento em que consegui horários para atendê-la diariamente, tive que viajar ao exterior.
Verifiquei que ela, uma mulher independente na vida, tornava-se dependente em seus sonhos. Num deles, essa moça sonhou que tinha uma tartaruga, mas a casca dela era mole, de tal maneira que esse animal ficava desprotegido e poderia vir a sofrer. Por isso, ela matou a tartaruga para salvá-la do sofrimento que poderia ter. Penso que a tartaruga era ela mesma e que o sonho mostrava uma tendência ao suicídio. A paciente procurou a análise para curar dessa tendência suicida.
- Searles:** Ótima interpretação.
- Winnicott:** O problema foi o seguinte. Não tínhamos o tempo suficiente para lidar com as suas reações ao meu afastamento. Antes de partir, apenas foi possível ajudá-la a perceber a relação entre a minha partida e a reação física que ela tivera.

³⁸⁰ Ver Winnicott (1963f/2022).

Douglas: Sobre isso, você escreveu:

Minha partida reconstituiu um episódio traumático ou uma série de episódios de seu próprio tempo de bebê. Era, por assim dizer, como se eu a estivesse sustentado e então ficasse preocupado com algum outro assunto, fazendo com que ela se sentisse *aniquilada*. Essa foi a palavra que ela usou. Ao se matar ela adquiriria controle sobre ser aniquilada enquanto se encontrava dependente e vulnerável. Em seu *self* e corpo sadios, com toda sua forte vontade de viver, ela tinha carregado a vida toda a lembrança de uma vez ter sentido uma vontade total de morrer; e agora a doença física vinha como uma localização em um órgão do corpo dessa vontade total de morrer. Ela se sentia desamparada em relação a isso até que pude interpretar para ela o que estava ocorrendo, e com isso se sentiu aliviada e conseguiu me deixar partir. Incidentalmente, sua doença física deixou de ser uma ameaça tão grande e começou a se curar, em parte, é claro, porque ela estava recebendo tratamento adequado³⁸¹.

Winnicott: Isso nos mostra a importância de não subestimarmos a dependência que ocorre na transferência. Surpreende como a interpretação pôde ajudá-la a suportar a minha partida, pois ela sentiu que não estava mais sendo aniquilada. A sua existência foi preservada por ter se tornado objeto de minha preocupação. Mais tarde, na fase de dependência absoluta, essa interpretação não seria suficiente, pois outro tipo de manejo precisaria ser realizado.

Douglas: Se a sua maneira de compreender esse caso fosse exclusivamente baseada no mundo das fantasias, você teria tido dificuldades em perceber que o material indicava, de antemão, a necessidade de a paciente poder viver a dependência absoluta. Mesmo que implicitamente, você avaliou o tipo de sentido de realidade vivido por ela. Notou que, por conta da vulnerabilidade de seu Eu, essa mulher demandava um tipo de presença que não podia ser vivida no nível da relação objetal ou da realidade compartilhada.

Em seu modo de trabalhar, você está avalia se estamos lidando com fenômeno do tipo subjetivo, transicional ou objetivo; assim como se o paciente vive na transferência um tipo de dependência absoluta ou relativa. *Trata-se, portanto, dum constante diagnóstico processual, já*

³⁸¹ Ver Winnicott (1963f/2022, p.322, grifo do autor).

que o mais importante não é o diagnóstico psicopatológico, mas, isso sim, aquele que se debruça sobre as etapas do desenvolvimento emocional e dos diferentes sentidos de realidade.

Winnicott: Neste caso que você citou, eu tinha material para interpretar em termos de sadismo oral, mas seria equivocado interpretá-lo. Sempre avalio e reavalio a força do Eu dos pacientes. Essa mulher me forneceu o material sabendo que eu não o usaria de forma brusca, pois ela era muito sensível aos sentimentos e às críticas. Apesar de sua aparente independência, a sua personalidade era vulnerável às ameaças de aniquilação.

Os seus sentimentos eram vividos como corpos estranhos e os órgãos físicos sofriam e tendiam a se destruírem quando ela sentia ódio, excitação e medo. O fato de ela perceber que eu não usava cada parte de seu sonho para interpretações possibilitou o surgimento dos seus sonhos regressivos. Eu guardava o material para usar no momento adequado e me preparava para a chegada da dependência, pois sabia que ela estava a caminho.

Searles: O que você disse a ela?

Winnicott: Não me lembro. Douglas, você pode ler essa parte do artigo?

Douglas: Leio:

No decurso de uma conversa em que fizemos planos para o futuro e discutimos a natureza de sua moléstia e os riscos inerentes à continuação do tratamento, eu disse: “Pois eis você doente, e podemos observar que a doença física oculta uma reação extrema à minha partida, embora você não seja capaz de atingir uma compreensão emocional direta desse fato. Então você poderia dizer que eu lhe causei a doença, como outros a fizeram adoecer quando você era bebê, e poderia ficar brava”. Ela respondeu: “Mas não estou”. (Na verdade, no presente, ela me mantém em uma posição idealizada e tende a achar que médicos do corpo são perseguidores). Então respondi: “O caminho está aqui, amplamente aberto para seu ódio e raiva, mas a raiva se recusa a trilhar esse caminho”³⁸².

³⁸² Ver Winnicott (1963f/2022, p.327).

Searles: Você optou por realizar um tipo de interpretação que busca reconhecer o que acontece na transferência em termos da dependência que está por vir.

Douglas: Caso o analista interpretasse o sadismo oral, — “*você sempre quer mais do que as pessoas podem oferecer*”, “*você se incomoda com a minha partida e pelo fato de eu tirar férias*” — haveria uma confusão, pois, a paciente apresentava um tipo de material relativo à dependência do ambiente, o seu sonho é um exemplo disso, e o analista interpretaria em termos de relação objetal.

Este é um bom exemplo da maneira como você usa a ideia de provisão ambiental.

Searles: A minha maneira de trabalhar é condizente com a de Donald, pois estou atento ao modo dos pacientes se relacionam comigo num determinado momento da sessão; já que eles podem estar aqui ou acolá, num tipo de interação simbiótica ou num modo autista de experimentar o mundo; ou até mesmo serem capazes de estabelecer uma relação interpessoal como uma pessoa separada e individuada.

Winnicott: Com essa paciente, a dependência pôde começar a ser desenhada pelo fato de eu permitir que as coisas acontecessem em seu tempo. A sessão começava como se fosse uma visita social. Ela deitava e me comunicava a sua percepção de si e do ambiente externo. Eu a seguia nisso e tínhamos muitos momentos de silêncio. Próximo do fim da sessão, ela, inesperadamente, trazia um sonho, e eu o interpretava. Não eram sonhos obscuros, mas eles não constituíam um bom material para a interpretação. O que era lembrado e sonhado estava de acordo com a sua força do Eu naquele momento³⁸³.

Searles: Vocês se encantarão com Joan Douglas e ficarão felizes com a oportunidade de acompanhar, ainda que rapidamente, como ocorre o trabalho psicoterapêutico com uma paciente esquizofrênica crônica.

³⁸³ Ver Winnicott (1963f/2022).

- Winnicott:** A xará de Douglas já surgiu em nossas reuniões. Quero conhecê-la para valer.
- Searles:** Donald, você tem uma vasta experiência com pacientes psicóticos, mas Joan Douglas é uma mulher muito enlouquecida, abertamente delirante e alucinada, uma das mais graves que atendi, e por isso considero que você pode aprender algo com o caso dela.
- Winnicott:** Sempre me interessa ouvir as suas contribuições.
- Searles:** Comecei a atendê-la quando eu trabalhava no hospital. Após minha saída de lá, ela permaneceu internada na instituição e se deslocava ao meu consultório para fazer análise³⁸⁴.
- Douglas:** Conheço bem o caso de Joan Douglas e posso ajudar você a fazer um apanhado de sua história clínica. Por se tratar dum caso extenso, apresentarei apenas os aspectos que serão úteis para a nossa discussão, sobretudo no que se refere à *transferência e ao núcleo de realidade presente na interação entre a dupla analítica*.
- Searles:** Continue, Douglas, a sua descrição será mais sucinta do que a minha.
- Douglas:** Segundo as informações que você obteve da vida pregressa da senhora Douglas, ela sofria de esquizofrenia desde jovem, mas foi aos 33 anos, depois da morte da mãe, que se tornou abertamente delirante. Por muitos anos, Joan Douglas lutou para não ser internada. Os seus esforços não surtiram efeitos e a sua família a internou por temer que a paciente cometesse homicídio. Joan Douglas foi admitida no Chestnut com 36 anos. Era uma mulher ameaçadora³⁸⁵.

³⁸⁴ Ver Langs & Searles (1980).

³⁸⁵ Ver Langs & Searles (1980).

Searles: Quando gravei essa sessão, Joan Douglas estava em análise comigo há 18 anos. Ela continua no Lodge, mas vem ao meu consultório na região de Washington. Temos quatro sessões por semana³⁸⁶. O seu marido, que a visitou não mais do que uma ou duas vezes, e que desconfiava do tratamento no Chestnut, finalmente, depois que eu já estava trabalhando com ela por cinco anos, desapegou-se dos escrúpulos morais e se divorciou dela. O fato de Joan Douglas rejeitar os filhos, e a minha própria dor por me sentir rejeitado por ela, era uma grande dificuldade de nosso trabalho. Eu me sentia a sua mãe má, e isso me despertava culpa e dor.

Por mais de seis anos, com o seu consentimento, gravei as suas sessões; e cada vez que as escuto, tenho a convicção elas formam um material de imenso valor para a pesquisa da psicodinâmica dos pacientes esquizofrênicos, pois, vocês bem sabem, não é comum termos acesso ao trabalho psicoterapêutico desenvolvido com pacientes desse tipo.

O delírio da senhora Douglas era enorme, meu Deus. Numa ocasião, antes eu de começar a atendê-la, Joan tentou ter uma audiência com o presidente e foi até a Casa Branca para conversar com ele; e, é claro, foi impedida e fichada pela F.B.I³⁸⁷.

Ela cometeu várias tentativas de homicídio contra diversas pessoas no sanatório, e muitas vezes me senti ameaçado nesse sentido. Houve momentos, especialmente em sessões extremamente turbulentas durante os primeiros anos, em que eu me senti tão ameaçado e enfurecido que tive sérios receios de perder o controle sobre meus próprios sentimentos assassinos e matá-la.

Douglas: Esse é um ótimo ponto para tratarmos em próxima reunião.

Searles: No início de nosso trabalho, ela manifestava um reconhecido grau de indiferenciação e fragmentação, ou, nos termos kleinianos, uma cisão como defesa contra emoções de culpa, dor e amor. A sua onipotência era imensa.

³⁸⁶ Ver Langs e Searles (1980).

³⁸⁷ Ver Langs & Searles (1980).

Havia uma série de duplos, vários Chestnut Lodge e Drs. Searles, incluindo ela mesma e um de seus colegas pacientes — ela percebia a existência de 13 versões de Mitchells, um paciente e colega que deixara o hospital³⁸⁸.

Douglas: Multiplicação ao invés de perda: a onipotência em ação.

Searles: Ela tinha poucos *flashes* de lembranças e não reconhecia a existência de sua família. Questionada sobre a figura de sua mãe, dizia-me: “*quando você usa a palavra mãe, eu vejo um desfile de mulheres, cada uma representando um ponto de vista diferente*”. A sua mãe foi uma mulher instável e pouco integrada emocionalmente e vivia episódios maníacos e depressivos. O irmão de Joan Douglas relatou, por exemplo, que mãe a deles poderia voltar da missa num estado de graça e, em poucos instantes, se tornar furiosa e vir a atirar uma panela contra um de seus filhos³⁸⁹.

A senhora Douglas era incapaz de fazer diferenciações entre pensamento e ação, comunicação concreta e metafórica, elementos humanos e não-humanos da realidade, adultos e crianças, fantasias e eventos reais, além de não possuir objetos internalizados, o outro era sempre um humano de carne e osso. Muitas vezes, numa sessão, sentia que o seu corpo e o meu eram substituídos pelos corpos de outras pessoas³⁹⁰.

Nos primeiros anos de nosso trabalho juntos, ela tinha a convicção delirante de que passara por cirurgias operatórias que instalaram correntes em seu coração e maquinário em seu abdômen³⁹¹.

Winnicott: Na psicose, a temática do corpo é central. Não vejo sentido em se pensar neste tipo de caso e desconsiderar a importância do alojamento do corpo na psique. A sua paciente não adquiriu a capacidade de viver o corpo

³⁸⁸ Ver Langs & Searles (1980).

³⁸⁹ Ver Searles (1975/1979).

³⁹⁰ Ver Searles (1975/1979).

³⁹¹ Ver Langs & Searles (1980).

como algo pessoal. Estamos nos referindo a fenômenos altamente subjetivos de outra ordem, anteriores às relações de objeto³⁹².

Searles: Esquecer do corpo é esquecer tudo.

Winnicott: Obviamente, meu caro, pois a existência é psicossomática³⁹³.

Searles: A senhora Douglas tem sido capaz de perceber, cada vez mais, os seus sentimentos assassinos, e isso a transforma numa pessoa menos perigosa; tem percebido a existência de pessoas humanas em sua volta e reconhecido a existência de apenas um Chestnut Lodge — antes ela considerava a existência 48.000 deles. Também tem conseguido, em alguns momentos, experimentar o próprio corpo.

Neste tipo de caso, dessa mulher esquizofrênica enlouquecida, o analista deve estar atento à *evidente conexão entre os delírios da paciente e os componentes reais do analista*³⁹⁴.

Douglas: Você se refere àquilo que costuma chamar de *núcleo de realidade*, isto é, elementos reais da pessoa do analista que são captados pelos pacientes e usados como material para a construção de delírios e alucinações.

Searles: Você descreveu bem o núcleo de realidade. Voltaremos a ele. Por enquanto, continuo a descrição da história clínica de Joan. Havia um sentimento terrível de não haver um relacionamento entre nós. Era como se estivéssemos falando línguas que eram desconhecidas pelo outro, a despeito do fato de nos comunicarmos em inglês. Para lidar com esse isolamento, eu falava com o gravador como se ele fosse uma pessoa, pois precisava sentir que estava num relacionamento, ainda que mecânico³⁹⁵.

³⁹² Ver Winnicott (1945/2000; 1990).

³⁹³ Ver Winnicott (1990).

³⁹⁴ Ver Langs & Searles (1980).

³⁹⁵ Ver Langs & Searles (1980).

Douglas: Esse tipo de contato com o paciente esquizofrênico diz respeito a um momento autista de interação, da mesma forma como representa uma expressão de uma experiência não-humana³⁹⁶.

Esse tipo de sensação de não relacionamento é horrível, uma merda. Me lembro dum paciente que atendi no CAPS AD. Se tratava dum homem esquizofrênico dependente de cocaína — caso bem simples, aliás.

(Risos)

Douglas: Eu atendia esse homem em seu quarto, pois ele tinha um problema físico que dificultava a sua locomoção. Abertamente delirante, ele parecia impermeável ao contato com o outro. Tentei utilizar recursos que pudessem promover alguma comunicação (música, desenhos e argila), mas todos fracassaram. Já puto com essa situação, desanimado por estar diante duma pessoa que não podia se comunicar comigo como se fosse humano, para usar o vocabulário de Searles, me chamou a atenção a presença de personagens de videogame em seus delírios. Essa foi a minha saída: conversar com ele sobre Ryu, um lutador do jogo Street Fighter. Por meio de Ryu, eu senti que nos comunicávamos — ufa.

Winnicott: Foi um recurso interessante.

(Breve silêncio)

Douglas: Vamos conversar sobre algumas partes da sessão?

Searles: Faça o meu último comentário antes de trabalharmos com a sessão do dia 22 de setembro de 1977.

Douglas: Fique à vontade.

³⁹⁶ Ver Searles (1960).

Searles: Na sessão anterior aquela que discutiremos, tratamos dos impulsos suicidas de Joan Douglas, algo que já era conhecido em sua análise; e eu também estava ciente da existência desses impulsos em mim mesmo. Ela fez menção à possibilidade de voltar ao Chestnut Lodge e se enforçar com uma gravata, que obviamente era a minha. Não vou entrar em detalhes, mas considero importante perceberem como estou atento às relações entre os aspectos interpessoais entre terapeuta e paciente e àqueles próprios da paciente, os intrapsíquicos. Estamos falando dos impulsos suicidas dela, mas lembro vocês dos meus, que eram reais³⁹⁷.

Douglas: Nesta situação, você notou como Joan Douglas se referia ao próprio impulso suicida e o fato de você, Harold, possuir uma ambivalência intensa em relação a ela. É como se ela dissesse: *“sim, eu penso em me matar, mas você também imagina que seria bom se eu morresse. Por isso eu devo voltar para o hospital e me enforçar com a sua gravata?”* O fenômeno clínico tem uma dupla natureza: intrapsíquico e interpessoal.

Searles: A minha ambivalência em relação a Joan era imensa. Eu cheguei a pensar se, de fato, desejava ajudá-la a se curar ou, na verdade, o que desejava era que ela cometesse suicídio. Para mim, com pacientes com inclinações suicidas, o terapeuta precisa estar atento ao seu próprio desejo, inaceitável para o superego, que, de fato, o paciente venha a se matar³⁹⁸.

Douglas: Difícil a gente reconhecer esses pensamentos extremos.

³⁹⁷ Ver Langs & Searles (1980).

³⁹⁸ Ver: “Eu pretendo estar particularmente tentando ajudá-la... Hum... Agora, aqui eu percebo que tenho que ter cuidado... para não dizer “Ajudá-la a... hum... se tornar mais suicida”, ou “Ajudá-la a cometer suicídio”. De qualquer forma, é óbvio a minha ambivalência em relação a isso (LANGS; SEARLES, 1980, p.197, tradução minha). No original: “I intend to be particularly to trying to — uh — help her. — Now, here I notice I have to be careful — not to say, “Help her to — uh — become more suicidal”, or “Help her to commit suicide”. Anyhow, it’s — obvious, my ambivalence about that”. Trata-se dum comentário feito por Searles antes do início da sessão. Nas citações das sessões com Joan Douglas, transcrevo todos os comentários realizados por Searles, que incluí as descrições dos sons, do tipo de comunicação e dos movimentos corporais da paciente. Se por um lado temos acesso a uma versão fidedigna do que se passou na sessão, por outro, há dificuldade em compreender o diálogo realizado pela dupla, pois os comentários de Searles deixam a leitura menos fluída.

Searles: Não percam de vista o que eu disse sobre o meu desejo de ela se matar, pois isso é muito importante, já que aconteceu na sessão de terça. Vamos à sessão de quinta.

Winnicott: Estou animado para ouvi-lo.

Searles: Não se esqueçam que são vinhetas do atendimento duma mulher esquizofrênica; por isso, não esperem desse material coerência ou qualquer coisa deste tipo; a confusão e estranheza estarão entre nós. Por um lado, sem dúvida, essa maluquice da senhora Douglas prejudica o entendimento do conteúdo das sessões; por outro, pelo fato de sua loucura ser evidente aos nossos ouvidos, podemos nos aproximar do clima emocional vivido pelo terapeuta na sessão. Como era de costume no início das sessões, eu lhe ofereci uma Sprite.

Douglas: Você tentava promover algum tipo de contato humano significativo, e o compartilhamento da Sprite era um meio para isso. Em minha prática, tento promover algum tipo de compartilhamento humano deste tipo. Com um jovem paciente, pesquisávamos na internet os modelos de tênis que ele gostava e pensávamos como ele poderia se organizar para comprar um daqueles modelos. Com outro, no CAPS AD, fazíamos a nossa sessão na praça, conversando livremente sobre o que acontecia por lá, num tipo de acompanhamento terapêutico. No consultório, o café, o refrigerante e chocolate são itens indispensáveis em algumas sessões; assim como o compartilhamento e apreciação de músicas ou livros que dizem respeito aos gostos pessoais dos pacientes e do analista.

Searles: Numa análise deste tipo, alguma gratificação humana é importante³⁹⁹.

³⁹⁹ Ver Langs & Searles (1980).

- Douglas:** Não gosto desse termo gratificação. Para mim, se trata de momentos de compartilhamentos de experiências que podem vir a ser vividas no espaço potencial.
- Searles:** Alguns analistas pensam que não é preciso realizar modificações do *setting* nos atendimentos de pessoas psicóticas.
- Winnicott:** Ainda hoje alguém pensa que seja possível analisar pacientes psicóticos como se eles fossem neuróticos?
- Douglas:** Essa é uma discussão datada, restrita a um momento histórico da psicanálise das décadas de 50 e 60. Atualmente, pelo menos assim percebo no Brasil, sabemos a importância da modificação do *setting* para que ele se ajuste às necessidades dos pacientes. Vejo colegas das mais diversas formações analíticas atentos às especificidades do trabalho com as pessoas mais adoecidas. Talvez o nosso momento histórico seja mais livre e menos rígido⁴⁰⁰.
- Winnicott:** Fico feliz por saber disso.
- Searles:** Retomo a sessão.
Quando lhe perguntei sobre as vozes que costumava ouvir, a senhora Douglas me disse que ouvia a sua mãe falar que aquela sala, o meu consultório, não era dela, da paciente, e que, portanto, não poderia fumar no local. Joan Douglas ouvia a voz de sua mãe gigante.
Joan me perguntou: “*devo trazer o cachorrinho para a sessão?*”. Ela se referia a um objeto transicional⁴⁰¹ que possuía; foi primeira vez que ela

⁴⁰⁰ Ver a discussão de Figueiredo e Coelho Junior (2018) sobre o pensamento analítico contemporâneo ser expressão de um momento histórico pós-escolas ou transmatricional.

⁴⁰¹ Ver: Sra. Douglas [tom de surpresa, curiosidade e muita preocupação]: Devo trazer meu cachorrinho para a sessão? [Aqui ela se refere a um cachorro de pano, um objeto transicional que ela possui há cerca de dois ou três anos, e do qual ela já falou várias vezes em suas sessões comigo.] (tradução minha). No original: “Ms. Douglas [tone of astonishment, wondering, and much concern]: Should I bring my little dog to the hour? [Here she is referring to a cloth dog, a transitional object which she has possessed for some two or three years, and of which she has spoken many times in her sessions with me” (LANGS; SEARLES, 1980, p.210, grifos dos autores).

me perguntou se poderia trazê-lo para a sessão. Era um cãozinho de pano, de pelúcia.

Winnicott: Ela o convidou para brincar.

Searles: Eu não uso esse tipo de vocabulário de brincadeira ou jogo, mas considero o importante que o cãozinho tenha aparecido na sessão.

Winnicott: Você aceita a brincadeira, apesar de não usar esse termo.

Searles: Eu falei que parecia que o cãozinho precisava de tratamento. Ela me disse que pensava que o cachorro era um homem, e isso era uma novidade, já que, normalmente, ela sempre se referia aos homens no plural, como se fossem múltiplos.

Perguntei se eu parecia ser o tipo de pessoa ou médico que capaz de ajudar um homem desanimado. Percebi, imediatamente, que isso era uma parte de suas inclinações suicidas, e talvez pudesse ser parte de minhas próprias inclinações desse tipo, que ela estava projetando no cachorro⁴⁰².

Winnicott: Eu não diria que ela está projetando. Penso que ela comunicava que o seu *self* era como esse pequeno cachorro. Antes eu imaginava que uma cobra era um símbolo fálico, mas hoje percebo que é uma apresentação dum *self* total⁴⁰³.

Searles: Notem como a nossa conversa se desenrolou. Joan Douglas me falou que era um tapete, eu perguntei se era tapete do consultório. Depois

⁴⁰²Lê-se: “Imediatamente senti que suas próprias inclinações suicidas — e talvez as minhas também, agora que penso nisso, mas naquele momento pensei nas dela — estavam sendo projetadas no cachorro de brinquedo, o cachorro de pelúcia (tradução minha). Ver no original: “I immediately felt that her own suicidal inclinations — and maybe my own, now that I think of it, but hers, was my thought at the time — were being projected onto the toy dog, the stuffed dog” (LANGS; SEARLES, 1980, p.214).

⁴⁰³ Na introdução das consultas terapêuticas, lemos: “alguém pode possuir uma leve tendência doutrinária a pensar que todas as cobras são símbolos fálicos, e é claro que podem ser. Contudo, se se pegar o material primitivo e as raízes do que um pênis pode significar para uma criança, ver-se-á que o desenho feito pela criança de uma cobra pode ser a configuração do eu (*self*) que ainda não usa braços, dedos, pernas e artelhos. Pode-se ver quantas vezes pacientes não conseguem exprimir um senso do eu porque o terapeuta interpretou uma cobra como um símbolo fálico. Longe de ser um objeto parcial, uma cobra num sonho ou fobia pode ser um *primeiro objeto integral*” (p.18, grifos do autor). Aos interessados em desdobramentos contemporâneos sobre os símbolos do *self*, indico o trabalho de Safra (2005b).

perguntou se eu estava com o passaporte dela. Pensei: “*seria o passaporte para o seu país gigante*”? Por alguns anos, ela se referia à preocupação em construir um corpo gigante para ser capaz de retornar ao país gigante.

Falei que ela deve ter consciência de que, no final duma sessão anterior, me disse que poderia voltar ao Chestnut Lodge e se enforcar com a gravata. Joan não se lembrava disso.

Certa vez, me disse que ficava fascinada com os meus olhos, que eram como um caleidoscópio⁴⁰⁴.

Douglas: Você está atento à dinâmica da comunicação verbal e não-verbal. A sessão se torna um diálogo constante. Alguém desavisado, ao ler ou escutar essa sessão, pode apenas pensar que se trata duma conversa maluca entre duas pessoas delirantes.

Searles: Uma merda não conseguir falar tudo o que gostaria. Deixe-me ver... Um segundo...

Num certo momento, Joan falou de bebês e me disse como antes ela — referia-se a alguma voz? — precisaria passar por uma cirurgia e se tornar um homem. Perguntei-lhe por que falava sobre bebês, já que isso não estava claro para mim. O bebê é o cachorro? Recebo a resposta positiva dessa questão. Ela não pensa que o meu olho direito e o cachorro estão relacionados. Que diabos o olho fazia aqui? Ela falou que meu olho direito parecia doente. Digo que imagino o quão sobrecarregada ela está, pois existem tantas pessoas a rondando que precisam de cuidado⁴⁰⁵.

Douglas: Harold estava atento ao fato de Joan Douglas tentar cuidar do analista e de seu olho doente. Isso se alinha às suas teses sobre a necessidade de o paciente curar o analista. Esse trabalho é feito para que o analista se torne uma pessoa mais integrada e sirva de objeto identificatório para a paciente, como vimos na reunião passada. É um fenômeno de natureza

⁴⁰⁴ Ver Langs & Searles (1980).

⁴⁰⁵ Ver Langs & Searles (1980).

intersubjetiva e diz respeito à tentativa de cuidar do analista como pessoa real e viva. Joan Douglas era sua analista simbiótica⁴⁰⁶.

Searles: Por isso lhe disse que estou consciente de que a pessoa no meu olho está doente.

Douglas: Sim, você reconhece esse esforço dela para cuidar de você.

Searles: Em seguida, Joan Douglas introduziu o tema do dinheiro. Disse-me que elas (as vozes?) fazem o tratamento por dinheiro, mas que ela, Joan Douglas, não pensa que isso é necessário. Numa recente sessão, ela deixou algumas moedas na mesa como uma forma de pagamento, mas eu recusei o dinheiro e o devolvi.

Vocês percebem isso? É muito bonito! Ela está mostrando uma melhora, a possibilidade de se lembrar o que houve numa sessão anterior e que precisava pagar outra pessoa pelo trabalho psicoterapêutico. Pela primeira vez em sua vida, tentou pagar pelo próprio tratamento. Por algum momento, nós dois rimos juntos pelo fato de eu ter recusado o pagamento. Joan Douglas afirmou que ela não deveria ter oferecido dinheiro, pois isso significava algo sobre assassinato⁴⁰⁷.

Tenho que reconhecer algo que Langs me apontou: não fui capaz de entender a importância de ela me pagar. A paciente viveu a minha recusa do dinheiro como algo destrutivo: ou que ela me destruiria com o pagamento ou eu seria destrutivo por ela⁴⁰⁸.

Douglas: Você tem que reconhecer que o argumento de Langs é bom: ao recusar o dinheiro, você, sem perceber, repudiou o movimento dela de diferenciação e busca por autonomia.

Winnicott: Seria um lampejo de reconhecimento do analista como pessoa com direitos próprios? Alguém que merecia ser pago por seu trabalho?

⁴⁰⁶ Ver Searles (1975/1979).

⁴⁰⁷ Ver Langs & Searles (1980).

⁴⁰⁸ Ver Langs e Searles (1980).

Douglas: Me parece que sim. Houve um lampejo de algum nível de maior diferenciação. Ela reconhecia a existência do analista que merecia receber pelo seu trabalho.

Searles: Foi depois de eu recusar o seu dinheiro, se me lembro bem, que Joan Douglas me perguntou se ela poderia voltar para o hospital e se enforçar com a gravata. Ela não se lembra disso, mas me disse algo sobre laços e profissão de médico⁴⁰⁹ e os gigantes: “*eles usam a gravata (laços)?*”

Douglas: Há uma aproximação entre gravatas e laços afetivos.

Searles: Ela falava de laços de gravata? Ou laços emocionais? Ela me disse: “*Esse foi o modo como a minha cabeça foi consertada*”. É como se ela me dissesse que a cabeça fora consertada para transformar o que é figurativo em coisas literais.

Comentou alguma coisa sobre gêmeos. Ela tem um irmão e outro morreu na infância, mas a paciente não se lembra deles. “*Você não tem irmãos?*”, digo num tom como se estivesse falando com uma imbecil. Por acreditar que não tinha irmãos, ela não se sentia magoada pelo fato de ninguém vir visitá-la. Comentei que o nome de seu irmão era Ralph, assim como o seu antigo colega de quarto, Ralph Mueller. Mas ela não se lembrava desse irmão.

Douglas: Gosto muito de sua forma de trabalhar, Harold, pois você muda o tom de voz e linguagem quando fala com diferentes partes não integradas de Joan Douglas. Você quase atua como um ator. Vemos um analista

⁴⁰⁹Lê-se: “Mrs. Douglas: Lembro de *ter pensado* que estou com mais gravatas do que qualquer outra pessoa na *civilização*. E eu *me perguntei* se a profissão médica algum dia iria conseguir — *utilizar* elas *de forma inteligente*. Mas quando gigantes são construídos — a partir de corpos, você se pergunta onde vão usar a gravata [ela termina essa declaração em um tom de curiosidade e impotência]. Acho que apenas na *mente* — provavelmente para construir uma mente — ou visão” (LANGS; SEARLES, 1980, p.228, tradução minha, grifos dos autores). No original: “Mrs. Douglas: I remember *thinking* — that I’m *in more ties* than — anyone else in *civilization*. And I *wondered* if the medical profession was ever going to get around to — *utilizing* them *intelligently*. But when giants are built — out of bodies, you wonder *where* they’re going to use the tie [she ends this statement in a kind of helpless-wondering tone]. I guess, just in the mind — probably to build a *mind* — or eyesight”.

inventivo e corajoso na tentativa de se comunicar com as diferentes facetas da paciente. Esse é um recurso clínico útil, quando estamos diante de pessoas num estado extremo de dissociação. Reconhecer e conversar com as diferentes partes dissociadas é uma tentativa de realizar comunicação entre os introjetos. Aliás, cabe repetir o que você falou numa outra reunião: em vários momentos de seus textos, vemos Harold preocupado com a necessidade de realizar integrações e diferenciações possíveis com os pacientes esquizofrênicos; mas, e isso é um fato, de maneira alguma você concebe a idiota ideia duma identidade totalmente unitária, integrada e diferenciada. Para você, somos formados por múltiplos introjetos e partes distintas: existem muitos dentro de nós⁴¹⁰. O trabalho integrativo se refere ao estabelecimento de linhas de comunicação entre as partes dissociadas. O termo importante aqui é comunicação, e não unidade.

Winnicott: Esse trabalho integrativo é fundamental nesse tipo de caso.

Searles: É verdade, Donald, mas também temos que reconhecer que o paciente esquizofrênico por reagir negativamente aos nossos esforços integrativos, pois ele pode experimentar as nossas intervenções como tentativas de assassinato⁴¹¹.

Douglas: Para eles, a relação interpessoal pode ser ameaçadora.

Searles: Por isso precisamos tomar cuidado com o ritmo as intervenções. Continuo a sessão com Joan Douglas. Conversamos sobre o seu antigo colega de quarto, Ralph Mueller, jogar tênis. Quando ela chegou ao hospital, a equipe mandou Joan Douglas jogar tênis. *“Era um bebê estúpido jogando tênis, não entrou em minha mente a razão disso ser errado⁴¹²”*. *“Eu levei uma injeção⁴¹³”*. Recebeu uma injeção na quadra de

⁴¹⁰ Ver Searles (1966-1967/1979).

⁴¹¹ Ver Searles (1975/1979).

⁴¹²Ver: “Mrs. Douglas [ri brevemente de uma forma que soa divertida]: Uh-huh. Sendo um bebê bobo, correndo por aí jogando tênis, *nunca me passou pela cabeça* que estava *errado*(LANGS; SEARLES, 1980, p, 236, grifos dos autores, tradução minha).No original: “Mrs. Douglas [laughs briefly in amused-

tênis e me contou que lhe disseram que tomar a injeção era uma forma de salvar os médicos, as enfermeiras, praticamente todo mundo.

Douglas: Ela era a terapeuta de muitos, inclusive do analista.

Searles: Falamos sobre o período no qual ficou internada quando criança. Em seus delírios, a minha esposa trabalhava no hospital e se chamava John Lawlor, o nome do médico que a operou quando Joan era criança. A senhora Douglas me perguntou se eu me excitava quando ela mudava a posição das pernas. Surpreendentemente, disse-me que eu pareço melhor quando ela faz isso. Questionei o aspecto sexual disso, mas ela o negou.

Douglas: Estamos diante da indiferenciação simbiótica entre os corpos, entre o cruzar de pernas dela e o seu olho doente. Uma alteração no corpo dela provocava uma alteração no corpo do analista.

Searles: O conceito de simbiose nos ajuda aqui. Ouviu, Donaldo, ouviu?

(Risos)

Winnicott: Vejo como ele é útil para você, mas continua sendo pobre para mim.

Searles: Até o final de minha apresentação você estará gostando dele.

Winnicott: Eu tenho certeza de que isso não acontecerá. Quer apostar?

(Risos)

Douglas: Como já disse, vemos que o analista aceita a comunicação das diversas partes fragmentadas da paciente. Ora você fala com Joan Douglas; ora conversa com as vozes sobre a própria Joan Douglas. É quase como um

sounding way]: Uh-huh. Being a stupid little baby, running around playing tennis, in *never entered* my mind that it was *wrong*".

⁴¹³ Ela usa a expressão "I got *shot*" (p.236). Há uma ambiguidade entre ser acertada pela bola e receber uma injeção. É na continuidade da sessão que entendemos que se trata de injeção.

diálogo teatral, uma tentativa de enfrentar resistências e promover integrações⁴¹⁴.

Searles: Joan Douglas pensou que o gravador tem pensamentos contra os pacientes. Falou: “*O gravador estava diferente hoje*”. “*É isso que eu sou, uma máquina? A cabeça é isso*⁴¹⁵?” Faço uma interpretação sobre a sua cabeça ter sido consertada, em termos figurativos, ligações emocionais, e ela a experimentou em termos literais, como laços, tipo gravata.

Perguntei se sentia que eu estava atento a ela. A resposta me surpreendeu: “*bem, você está mais interessado no fenômeno de si mesmo*⁴¹⁶”. Ela captou a minha imagem narcisista.

Douglas: Ora, convenhamos, isso é fácil de perceber. Não é preciso ter uma percepção aguçada para captar o seu fascínio por você mesmo.

(Risos)

Searles: Oh, não tenho dúvidas disso, e não me aborreço em reconhecer o meu narcisismo; afinal, adoro exibir a minha necessidade de me exibir.

(Risos)

Searles: É fato que havia muita projeção nisso, mas somente em acréscimo ao que ela captou de mim: *o meu real narcisismo*⁴¹⁷.

Winnicott: Imagino que você pensa na interação entre o que estão chamando de dimensão intrapsíquica e de dimensão interpessoal?

⁴¹⁴ Waugaman (comunicação pessoal).

⁴¹⁵ Ver: “*É isso que eu sou? — essa máquina? a cabeça é isso?* [Ela soa seriamente preocupada] Dr. Searles: Você se pergunta se — sua *cabeça é essa máquina?*” (tradução minha). No original: “*Is that what I am? — that machine? the head is that?* [She sounds seriously concerned] Dr. Searles: You wonder if — your head is that machine?” (LANGS; SEARLES, 1980, p.245, grifos dos autores).

⁴¹⁶ Ver no original: “Mrs. Douglas: Well—ll— [uncertain tone. Then she adds quite decisively]: Well, you’re *more interested in the phenomena of yourself?*” (LANGS; SEARLES, 1980, p.248, grifos dos autores).

⁴¹⁷ Ver: “Eu senti que, é claro, havia uma grande quantidade de projeção envolvida nisso, além do meu narcisismo real” (tradução minha). No original: “I felt there was, of course, a great deal of projection involved in that, in addition to my actual narcissism” (LANGS; SEARLES, 1980, p.248).

Searles: É isso mesmo. Eu poderia ter negado o meu interesse por mim mesmo, mas, caso assim o fizesse, não reconheceria que ela captou um *aspecto real e atual de minha pessoa*. Ela falava sobre mim, de fato, e não sobre um objeto interno e figura de seu passado. Recusar que Joan Douglas captou algo real de mim seria um esforço para enlouquecê-la.

Douglas: *Para você, há uma estreita articulação entre o que podemos chamar de relacionamento interpessoal atual e a transferência, entendida como atualização das relações objetais primitivas.*

Searles: Sempre considerei o papel da pessoa real e atual do analista. Não existem projeção e transferência que não estejam baseadas em aspectos do relacionamento interpessoal.

Douglas: Harold...

Searles: Num outro trecho da sessão, ela me perguntou se eu sentia quando ela tocou a própria orelha. O que sugere, novamente, uma mistura de seu corpo com o meu, um modo simbiótico de interação. Depois me disse algo sobre consertar a cabeça...

Douglas: Harold, não temos mais tempo. A sua apresentação nos forneceu ótimos elementos para compreendermos a maneira como você trabalha a transferência.

Searles: Mas vocês ficariam maravilhados com o restante da sessão.

Winnicott: Com certeza, mas parece que já conseguimos ter uma ideia de sua maneira de trabalhar a transferência.

Searles: Tudo bem, tudo bem, vou me contentar com o que eu consegui apresentar.

Douglas: Faço um breve resumo da parte teórica envolvida na sessão. A ideia é expor a maneira como você compreende a transferência num caso de esquizofrenia. Em seguida, amplio a discussão e destaco a sua contribuição para a transferência duma maneira mais ampla, independentemente dos quadros psicopatológicos.

Na psicose de transferência, o *como se* perde a sua validade, e o analista é experimentado pelo paciente como os objetos primários reais. Para você, a grande dificuldade para o analista identificar a transferência reside no fato de que esse tipo de paciente tem uma organização egoica muito primitiva, anterior a qualquer distinção entre Eu e não-Eu e percepção de si como pessoa⁴¹⁸. Esse seu modo de pensar se aproxima das afirmações de Donald sobre os fenômenos altamente subjetivos que são vividos pelos pacientes regredidos: se trata dum tipo de interação humana na qual não há, de fato, uma relação de duas pessoas. A psicose de transferência, assim, impede que haja uma relação entre paciente e terapeuta como pessoas separadas.

Winnicott: De fato, nesse momento de fenômenos precoces e altamente subjetivos, não temos duas pessoas se relacionando.

Searles: O trabalho do analista consiste em funcionar como parte do paciente, num nível simbiótico.

Douglas: Para você, Harold, existem quatro modos diferentes de psicose de transferência:

1. *Situações transferenciais nas quais o terapeuta não sente que há qualquer relação com o paciente.*

Tal qual vimos você viver com Joan Douglas, o analista experimenta o contato com o paciente como se não houvesse nenhuma interação entre

⁴¹⁸ Ver Searles (1963/1965).

eles. Neste momento de autismo, não há diferenciação entre o ambiente humano e não-humano, animado e inanimado⁴¹⁹.

Searles: Verdade, e o paciente pode confundir a figura do analista com as de outras pessoas ou coisas.

Douglas: Depois, temos:

2. *Situações nas quais houve o estabelecimento dum relacionamento entre analista e terapeuta, mas há uma profunda relação de ambivalência.*

Se trata dum tipo de interação que se relaciona com a simbiose mãe-bebê, mas que foi vivida numa maneira extremamente ambivalente. A ambivalência foi imensa que não foi possível a realização da identificação saudável com a mãe, e foi isso que impediu o desenvolvimento do paciente como pessoa separada.

3. *Situações nas quais a psicose representa, na transferência, um esforço para completar a personalidade do terapeuta e ajudar os pais-terapeuta a se converter numa pessoa completa*

Nós vimos isso acontecer na sua sessão com Joan Douglas, quando ela se preocupou com os seus olhos doentes, Harold. Nesse contexto, a paciente busca ser a terapeuta simbiótica do analista. Na reunião passada, trabalhamos essa ideia central no seu pensamento clínico. Na infância, o futuro paciente esquizofrênico, por amor aos pais pouco integrados, se sacrifica e vive para completá-los, já que o funcionamento egoico deles depende do filho⁴²⁰.

Searles: Assim, o paciente repete uma problemática que viveu na infância: diante dum tipo de simbiose enlouquecida, os pais da criança não suportavam a

⁴¹⁹ Ver Searles (1963/1965).

⁴²⁰ Ver Searles (1975/1979).

separação e o término da simbiose e a consequente individuação do filho ou da filha.

Douglas: Se individuar seria matar os pais. É neste sentido que os pacientes esquizofrênicos procuram completar os genitores, pois se afastar deles é o mesmo que matá-los. Neste tipo de situação, podemos, novamente, perceber a articulação entre o intrapsíquico, a necessidade de o paciente curar os pais, e o interpessoal e atual, a captação dos aspectos do inconsciente do analista que precisam de cuidado. Desta maneira, o paciente trabalha para curar os pais e o analista⁴²¹.

Passado e presente e fantasia e realidade se articulam. Joan Douglas estava atenta aos olhos doentes do analista e ao impulso suicida dele, numa mistura entre a transferência, a fantasia da necessidade de curar os pais incompletos, e os aspectos reais do analista — o seu pensamento suicida e o narcisismo exacerbado.

4. *Situação na qual o paciente, profunda e cronicamente confuso, perpetua uma relação simbiótica, pois percebe como sádica qualquer tentativa de ser ajudado a se individuar*

Apesar dos esforços do analista para ajudar o paciente a se individuar, esse último vive como se estivesse sendo submetido a uma relação sádica e castradora. Ao invés de ter a percepção positiva dos esforços do terapeuta, o paciente esquizofrênico experimenta as intervenções do analista como se fossem ataques⁴²².

Searles: Esses tipos de psicose de transferência podem ocorrer em qualquer análise, num ou noutro momento do processo, dependendo do tipo de funcionamento egóico que o paciente experimenta.

Douglas: Outro ponto que precisamos retomar diz respeito ao núcleo de realidade da transferência.

⁴²¹ Ver Searles (1975/1979).

⁴²² Ver Searles (1975/1979).

Winnicott: Achei essa uma ideia muito importante. Em situações com pacientes regredidos, eles buscam encontrar o analista como uma pessoa real e viva⁴²³.

Douglas: Por não ter um Eu diferenciado e integrado, os pacientes esquizofrênicos captam aspectos reais do inconsciente do analista. Há, como vimos no caso de Joan Douglas na situação da gravata, uma articulação entre a dimensão intrapsíquica — as atualizações das experiências primitivas, as angústias e as defesas — e a dimensão interpessoal, o relacionamento real e atual com o analista. *Neste sentido, para Harold, a pessoa real do analista tem um papel fundamental na análise, pois o paciente tanto se relaciona com o analista como pessoa atual, quanto como imago do passado. Temos, portanto, uma compreensão multifacetada da transferência. A transferência, neste sentido, diz tanto sobre o passado quando sobre o presente.*

No caso de Joan Douglas, Harold ora enfatizava a presença de figuras primitivas da paciente, como mãe que precisa ajudar a paciente a construir um corpo; ora destacava o núcleo de realidade — o impulso suicida do analista, o seu desejo de que a paciente morresse e a percepção dela de seu narcisismo. A projeção e a transferência não surgem no nada; elas emergem a partir dos núcleos de realidade captados pelo paciente⁴²⁴.

Searles: Boa exposição. Obrigado, meu caro, você captou bem o espírito de meu pensamento clínico, apesar de ter deixado de lado muita coisa que eu disse.

Douglas: Se alguém estivesse nos ouvindo, talvez me questionasse: “*mas, Douglas, se as contribuições de Harold foram construídas com base nos atendimentos de pacientes esquizofrênicos, como podemos ampliá-las para a psicanálise numa forma mais ampla?*”

⁴²³ Ver Winnicott (1947/2000);

⁴²⁴ Ver Searles (1972c/1979/ 1975/1979).

Winnicott: Essa é uma ótima questão.

Douglas: Respondo os colegas imaginários da seguinte forma: precisamos considerar que as fases do processo analítico, autista, simbiótico e individuado, são fluídas e fazem parte da vida de todos os humanos. Desta forma, por exemplo, numa análise com um paciente neurótico, podemos viver experiências simbióticas ou autistas. Por seu caráter processual, as contribuições de Harold valem para todos os tipos de casos.

Em segundo lugar, outra contribuição de Searles diz respeito ao núcleo de realidade. *Independentemente do quadro psicopatológico, ele considera que a transferência está baseada em aspectos reais da pessoa do analista* — afirmação com a qual eu estou de acordo.

Em terceiro lugar, *há uma consideração implícita à noção de experiência*. A partir da leitura de seus textos, vemos que, para você, a análise ocorre no encontro e na experiência significativa experimentada pela dupla analítica. Para ser transformadora, a análise precisa ser viva, verdadeira e ser experimentada no encontro entre paciente e analista. Essa sua contribuição tem encontrado um destino fértil nas mãos de analistas contemporâneos como Ogden, que aprendeu contigo a necessidade de sermos verdadeiros com todos os fenômenos que ocorrem numa análise⁴²⁵.

Searles: Como já disse, não uso a expressão experiência, mas estou de acordo com o que você escreveu.

Douglas: Depois da exposição do Donald, voltamos a tratar da noção de experiência.

Winnicott: Vamos fazer um breve intervalo?

Searles: Ele é necessário.

⁴²⁵ Comunicação pessoal.

Douglas: Estamos com o nosso tempo bem apertado.

Winnicott: Você agora não deixa esse relógio de lado, hein, Douglas?

Douglas: Já estou começando até a gostar da companhia dele; nem o odeio mais.

(Risos)

Searles: Paramos por quantos minutos?

Douglas: Dez minutos, no máximo.

Winnicott: Corremos. Até a volta!

Leitores e leitoras

Olá, reencontramo-nos. Já fui ao banheiro e trouxe o meu café para a minha mesa. Por isso, teremos alguns minutos para conversarmos antes que os nossos interlocutores voltem para a reunião.

Hoje, finalmente, Harold apresentou-nos a sua famosa paciente Joan Douglas. Apesar de as vinhetas clínicas desse caso serem obviamente confusas, foi-nos possível apreender o estilo clínico desse personagem e a sua forma de compreender e trabalhar a transferência.

Na segunda parte do encontro, Donald continuará a sua apresentação. Até o momento, vimos o caso da mulher que sonhou com a tartaruga. Dele, destacamos a relação entre a transferência, a força do Eu, a dependência e as necessidades do Eu.

Resta-nos compreender a maneira como o nosso interlocutor inglês articula a transferência e a experiência. É o que veremos agora.

Até logo, leitores e leitoras.

Transferência e experiência

Winnicott: Olá, senhores.

Searles: Estou por aqui.

Douglas: Donald, gostaria que tivéssemos tempo para conversarmos sobre os tipos de trabalhos que você desenvolve, tais como as consultas terapêuticas, a análise padrão e a análise segundo a demanda. Mas, considerando o nosso tempo, sugiro que a gente converse sobre dois casos atendidos por vocês: o menino Iiro e o caso B, discutido em “ *Holding e interpretação*”.

Searles: Ora, isso não me parece coerente, tendo em vista que o nosso tema é a transferência, falarmos sobre uma consulta terapêutica. O trabalho realizado nesse tipo de consulta, pelo o que entendo delas, não serve para lidarmos com o tema da transferência, visto que as consultas não se constituem como uma análise padrão.

Winnicott: Esse é um ponto, mas será que ele é verdadeiro?

Douglas: Acho que você está errado, Harold.

Searles: Olha, Donald, o que acontece quando damos confiança para um jovem analista? Antes gaguejava para conversar; agora se sente no direito de me dizer que estou errado. Vejam só!

(Risos)

Winnicott: A vida é mesma cheia de surpresas.

Douglas: Apresento o meu argumento, caro Harold. De fato, a consulta terapêutica não é análise, e Winnicott deixa isso claro. Numa análise padrão, o

procedimento técnico é distinto daquele utilizado pelo analista numa consulta terapêutica⁴²⁶. Mas os pressupostos que sustentam a prática da consulta terapêutica são semelhantes aos que estão na base da concepção winnicottiana da transferência: *a necessidade do paciente encontrar outro significativo que lhe favoreça constituir aspectos do self até então não experienciados*. *A transferência diz respeito tanto ao passado e à repetição, quanto ao novo e inaugural que será experimentado na interação entre analista e paciente.*

Winnicott: Eu adoro conversar sobre as consultas terapêuticas. O meu trabalho me levou a desenvolver um interesse especial pela primeira ou pelas primeiras e poucas entrevistas. Como analista, percebi o quanto podemos fazer pelos pacientes sem que necessariamente façamos uma análise padrão.

Trabalhei em diversas direções, sou um analista que faz muitas coisas, e só posso fazê-las porque sou treinado no tipo de trabalho analítico comum. Com isso quero esclarecer que a base para o desenvolvimento desse tipo de consulta continua sendo o treinamento analítico.

Neste tipo de trabalho que descrevo não é necessário ser um arguto intérprete do inconsciente, pois o mais essencial é proporcionar um relacionamento humano livre dentro do *setting* profissional, enquanto o paciente se surpreende com as suas próprias produções de sentimentos e pensamentos que não estavam à disposição para serem integradas. Alcança-se um tipo importante de integração nesse relacionamento humano profissional⁴²⁷. A base disso que descrevo é o brincar.

Ressalto que não considero adequado fazer este tipo de trabalho com pacientes que não possuem lares e ambientes minimamente capazes de favorecer o desenvolvimento da criança. Em casos em que não se pode confiar na provisão ambiental saudável, é preciso outra coisa que não a consulta terapêutica.

⁴²⁶ Ver Winnicott (1965c/2005).

⁴²⁷ Ver Winnicott (1965c/2005).

Douglas: Este é um ponto importante para entendermos como as consultas terapêuticas podem nos ajudar a compreender a transferência. Cito um trecho seu, Donald, que já usamos em nossa segunda reunião. Considerando a sua importância para a compreensão das consultas terapêuticas, essa repetição é necessária.

Minha concepção do lugar especial da consulta terapêutica e da exploração da primeira entrevista (ou primeira entrevista reduplicada) surgiu gradualmente no decorrer do tempo em minhas experiências clínica e privada. Há contudo um ponto que se pode dizer teve significação especial, em meados dos anos vinte, quando ainda era pediatra praticante vendo muitos pacientes no hospital-escola e dando oportunidade a quantas crianças fosse possível se comunicarem comigo, desenharem figuras e contarem os seus sonhos. Fiquei surpreso com a frequência com que *as crianças sonhavam comigo na noite anterior à consulta*. Esse sonho com o médico que elas iriam ver obviamente refletia o preparo mental imaginativo delas mesmas em relação a médicos, dentistas e outras pessoas que se supõe sejam auxiliadoras. Também refletiam, em graus variados a atitude dos pais e a preparação para a visita que fora feita. Contudo, lá estava eu quando para minha surpresa, descobri *ajustando-me a uma noção preconcebida*. As crianças que tiveram esse sonho me diziam que era comigo que haviam sonhado. Numa linguagem que uso atualmente, mas que não estava preparado para usar naquela época, encontrava-me na posição de objeto subjetivo. O que sinto agora é que nesse papel de objeto subjetivo, que raramente sobrevive à primeira ou às poucas entrevistas, o médico tem uma maior oportunidade de estar em contato com a criança⁴²⁸.

Douglas: Nessa citação, há um pressuposto implícito: a ideia de que o ser humano precisa de outro que favoreça o desenvolvimento da experiência de si-mesmo, isso é fundamental para compreendemos o seu modo de pensar a transferência. *Há o anseio pelo encontro com o outro, a esperança de vir-a-ser em companhia humana.*

Lembram da ideia de sonho vazio apresentada por Safra? Novamente, recorro a ela:

Nossa maneira tradicional de pensar — e é essa maneira de pensar que Winnicott põe em questão — sempre parte do constituído. Nossa maneira de pensar sempre parte de uma realidade que é dada. Winnicott faz todas essas formulações porque são importantes do ponto de vista da clínica. Vocês verão isso no decorrer das suas sessões. Ele nos mostra que se trata de um sonho vazio porque é um

⁴²⁸ Ver Winnicott (1971a/1984, p.12, grifos do autor).

sonho sem experiência, é um sonho que é puro anseio, sem realização ou imagem. É, portanto, uma experiência vazia. O sonho vazio, na verdade, se manifesta como um anseio sem realização⁴²⁹.

O sonho vazio ao qual Safra se refere diz respeito ao fato de há um anseio por um encontro humano significativo, constitutivo, pois há a esperança por um encontro que possa ser transformador do si mesmo. Sobre os sonhos das crianças antes das consultas terapêuticas, produção onírica na qual o analista é objeto subjetivo, lemos:

Isto é importante porque o sonho vazio é o anseio pelo outro, que é também, fundamentalmente, o anseio pelo próprio devir. Portanto Winnicott nos aponta também outro fenômeno que põe em marcha o psiquismo humano. Freud nos ensina que aquilo que põe o psiquismo em marchar é o desejo. Desejo que é compreendido como a tentativa de recuperar um traço de prazer, uma memória de prazer. Esse seria o motor do psiquismo. Mas Winnicott nos fala de outro motor que não está no registro do desejo. O desejo ocorre em um momento em que há experiência de realização, em que há memória. *O outro motor é o anseio por si, algo que é o eixo fundamental em todo o processo maturacional, o anseio pelo próprio devir: esperança*⁴³⁰.

Douglas: Mesmo que nas consultas terapêuticas não possamos trabalhar a atualização de experiências subjetivas primitivas ou padrões de relacionamento objetais, vemos as crianças criando um objeto subjetivo, sonhando outro necessário para favorecer o desenvolvendo de seu *self*. Há a esperança de encontro com o outro humano que modifique a própria experiência de si; anseio pelo devir. Ora, não é isso que as pessoas esperam numa análise?

Winnicott: Entendeu, Harold?

Searles: O rapaz está audacioso mesmo.

(Risos)

Winnicott: Sobre qual caso você gostaria de falar, Douglas?

⁴²⁹ Ver Safra (2005a, pp.18-19).

⁴³⁰ Ver Safra (2005a, pp, 19-20, grifos meus).

Douglas: O menino Iiro.

Winnicott: Boa sugestão.

Douglas: No início do caso, você assim escreveu:

Vê-se que o caso incidentalmente ilustra o axioma de que, se é dada a oportunidade de maneira adequada e profissional para uma criança ou para um adulto, no tempo limitado do contato profissional o cliente trará e exporá (embora de início apenas como uma tentativa) o problema predominante ou o conflito emocional ou a espécie de tensão que aparece nesse momento da vida do cliente⁴³¹.

O axioma que você menciona, pode ser entendido como a necessidade humana de estabelecer comunicação significativa com os outros. *Neste processo comunicativo, continuamos, constantemente, tornando-nos nós mesmos.*

Winnicott: Foi durante uma visita ao Hospital Infantil em Kuopio, na Finlândia, que fiz essa consulta. Fui convidado a descrever um paciente para os funcionários do hospital. Como seria proveitoso entrevistar um paciente que a equipe já conhecia, foi escolhido um menino da ala ortopédica, um garoto que não aparentava ter nenhuma necessidade psiquiátrica. Quando o conheci, Iiro tinha nove anos e nove meses. O menino apresentava alguns sintomas vagos, como dores de cabeça e queixas abdominais, mas ele estava no hospital por causa de seu sindactilismo.

Douglas: Ou seja, na linguagem dum leigo em medicina como eu, o menino tinha os dedos grudados.

Winnicott: Como Iiro falava apenas finlandês, tivemos a ajuda de Miss Helka Asikainen, intérprete e assistente social. Ela se mostrou excelente tradutora, pois foi esquecida tanto por mim quanto pelo menino, e não se pode dizer que ela teve alguma interferência na direção da entrevista.

⁴³¹ Ver Winnicott (1971a/1984, p.15).

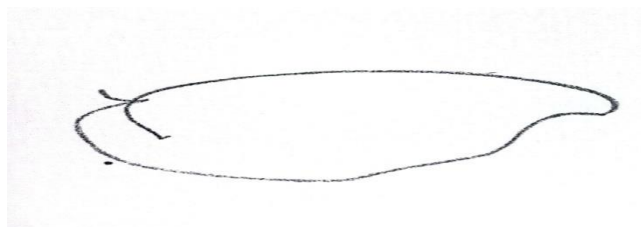
Nós três nos sentamos numa pequena mesa e começamos a fazer o jogo do rabisco, que expliquei para Iiro com poucas palavras. Falei algo assim: *“fecharei os olhos e farei um risco a esmo no papel; você o transformará em alguma coisa e depois será sua vez e você fará o mesmo e eu transformarei seu traço em alguma coisa”*⁴³².

Searles: É o jogo do rabisco? Fale mais dele.

Winnicott: Ele é bem simples: a criança e o analista brincam juntos, transformando os rabiscos em desenhos. A diferença entre esse jogo e outro qualquer é que o analista utiliza os desenhos para compreender a comunicação da criança.

Searles: Obrigado pela explicação.

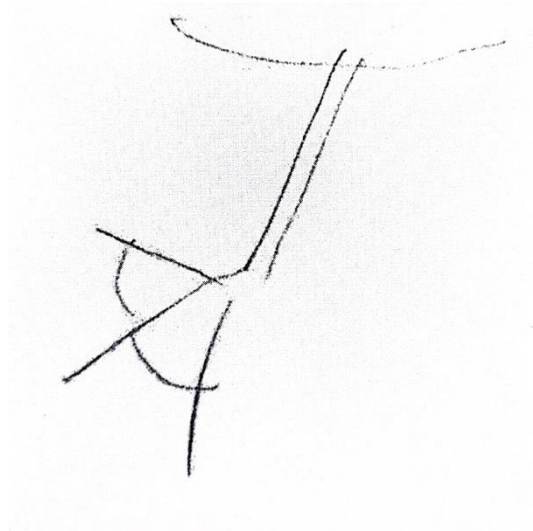
Winnicott: Fiz um rabisco que permitia uma variação limitada. Logo Iiro me disse: *“É o pé de um pato”*.



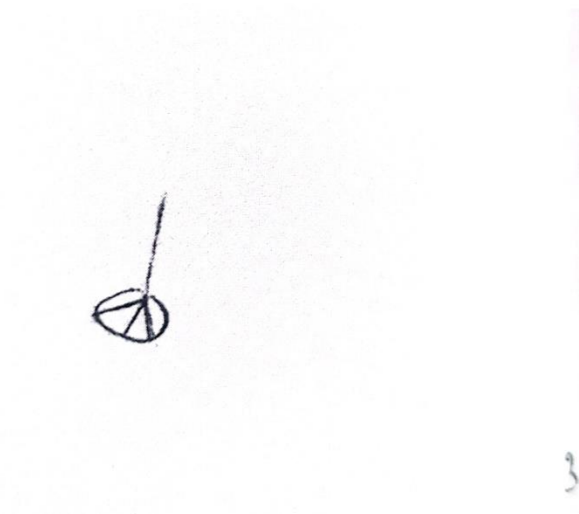
Ficou claro que ele tentava me comunicar algo sobre a sua incapacidade física. Não fiz nenhum comentário.

⁴³² Ver Winnicott (1971a/1984): “Na verdade, não houve muita conversa e, por isso, a sua participação foi mínima. Iiro, eu e a intérprete sentamo-nos a uma pequena mesa onde havia dois lápis e algum papel já preparados, e rapidamente nos envolvermos no jogo dos rabiscos, que expliquei em poucas palavras. Eu disse: “Fecharei os olhos e farei um risco a esmo no papel; você o transformará em alguma coisa e depois será sua vez e você fará o mesmo e eu transformarei seu traço em alguma coisa” (p.20).

Em seguida, desenhei o pé interligado dum pato. Fiz assim porque queria ter a certeza de que estávamos nos comunicando sobre o mesmo tema.

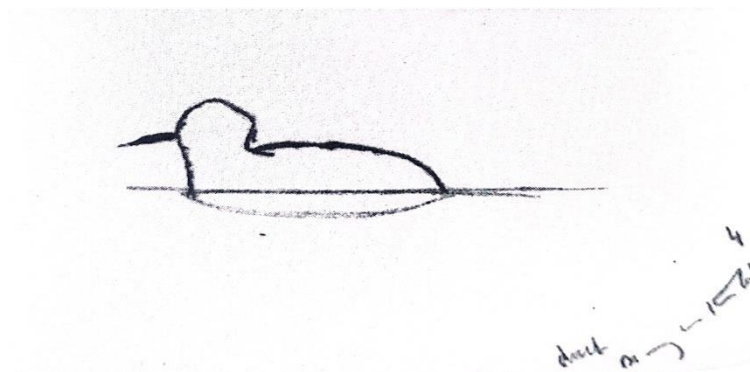


No terceiro desenho, ele preferiu desenhar e produzir a sua versão pessoal do pé de pato. Isso me fez compreender que ele me comunicava algo sobre a sua deficiência⁴³³.

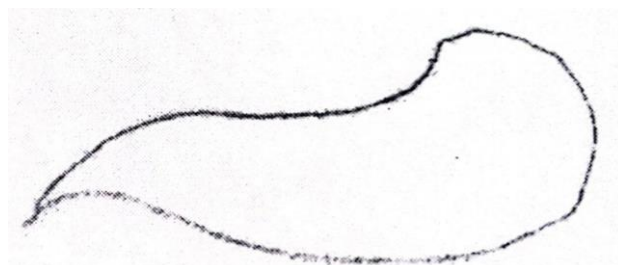


⁴³³ Ver Winnicott (1971a/1984): “Agora eu sabia que estávamos firmemente entrincheirados no assunto do pé de pato interligado e que eu podia recostar e esperar, pois isso se tornaria uma comunicação sobre a sua deficiência” (p.22).

No quarto desenho, fiz um risco que ele transformou num pato nadando no lago. Notei que ele havia me comunicado algo importante sobre patos e o ato de nadar.



No quinto, ele fez um desenho e o transformei num chifre.



Por um momento, deixamos de lado o tema dos patos e começamos a falar sobre música. Ele me disse que seu irmão tocava corneta. Iiro me contou que tocava um pouco de piano, mas, considerando a sua deficiência, entendi que ele falava de tocar apenas uma tecla do instrumento com o dedo deformado. Iiro queria tocar flauta. Foi aqui que fiz a minha referência ao que aparecia no material. Como percebi que ele

era um menino feliz e saudável, usei o humor e lhe disse que seria muito complicado um pato tocar flauta, ele achou isso engraçado⁴³⁴.

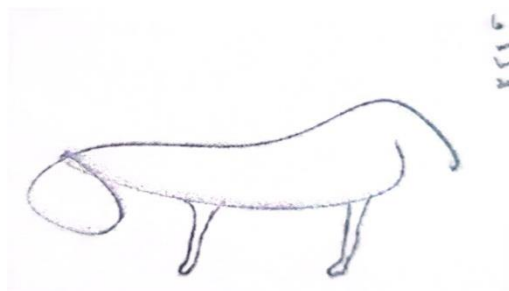
Douglas: Vemos um exemplo interessante de seu modo de trabalhar. Você não diz que ele estava representando a sua dificuldade na figura do pato, você brinca, trabalha com a figura do pato sem explicitar que o animal era liro.

Winnicott: Fiz desta maneira porque sabia que seria muito grosseiro falar para ele que o pato representava a sua dificuldade física, pois, naquele momento, liro não tinha nenhuma ideia disso⁴³⁵.

Searles: Esse é um cuidado necessário: não apresentar o que não pode ser compreendido e integrado pelo paciente. Apresentar o que ainda não é compreensível, pode se transformar numa maneira de enlouquecer o outro⁴³⁶.

Douglas: Sim, seria uma forma de gerar confusão no paciente.

Winnicott: No sexto desenho, fiz um forte rabisco, que ele aproveitou para transformar num cachorro.



Ele se sentiu satisfeito com isso, e foi possível perceber como a força de meu rabisco lhe serviu como um apoio⁴³⁷.

⁴³⁴ Ver Winnicott (1971a/1984).

⁴³⁵ Ver Winnicott (1971a/1984): “Observar-se-á que não prossegui na explicação, para ele, de que estava representando sua própria incapacidade em termos de patos. Isso seria muito grosseiro pois era extremamente improvável que ele soubesse o que estava fazendo ou que tivesse qualquer intenção consciente de usar um pato para representar sua própria incapacidade. Acho mesmo que ele não era capaz de conhecer e lidar com a ideia de seu sindactilismo” (pp. 23-24).

⁴³⁶ Ver Searles (1958/1997).

⁴³⁷ Ver Winnicott (1971a/1984).

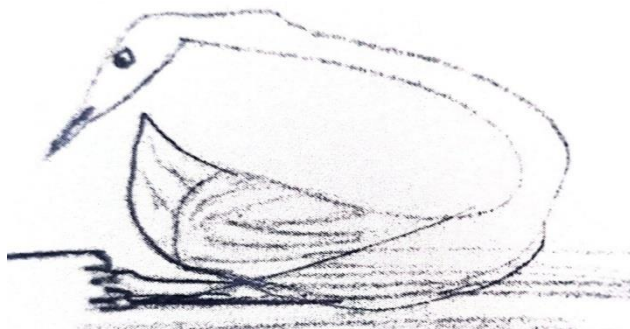
Ele fez outro rabisco, que achou que poderia ter sido um cabelo, mas eu o transformei num ponto de interrogação.



É importante que eu não tenha acertado que ele imaginava que faria um cacho de cabelo, isso deixava claro que não tenho um conhecimento mágico.

Searles: Oh, sim, não somos mágicos, meu Deus.

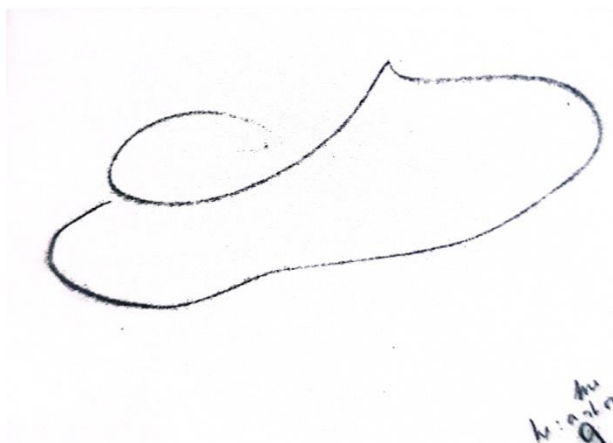
Winnicott: No rabisco seguinte ao dele, desenhei um cisne meio desajeitado.



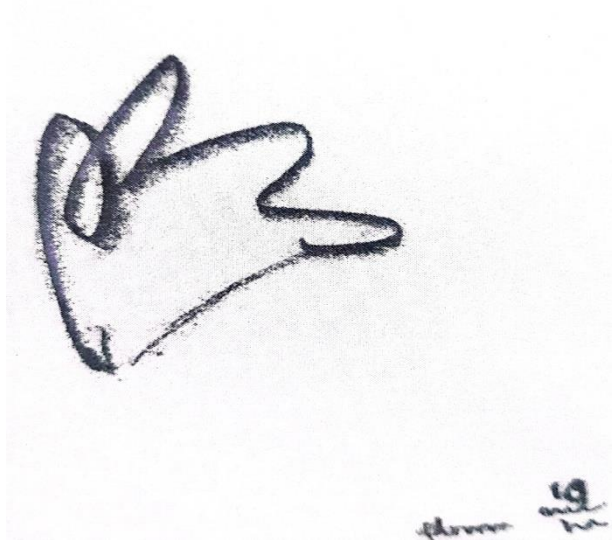
Conversávamos de maneira livre, e eu lhe perguntei se ele sabia nadar.

Disse-me que sim.

Fiz outro rabisco, que ele afirmou ser um sapato.



Tracei um risco, que foi feito de maneira deliberada para que ele fizesse uma mão, mas ele o transformou numa flor.



Percebi que ele estava com muita dificuldade para olhar para as mãos. Eu, naturalmente, não comentei nada sobre isso, e fico muito feliz por ter agido assim, pois poderia interferir no que viria a acontecer⁴³⁸.

⁴³⁸Ver Winnicott (1971a/1984).

Searles: E o que houve?

Winnicott: Iiro fez um risco como se fosse um desenho livre. O rabisco parecia uma mão deformada. Esse foi um momento importante, e Iiro, quando lhe perguntei sobre o que pensava do desenho, disse-me: “*Apenas aconteceu*”⁴³⁹”.

Douglas: O menino se surpreendeu.

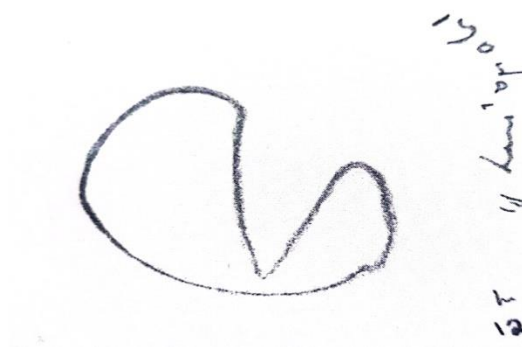


Winnicott: Confiava que estávamos nos comunicando de maneira significativa, e isso nos levaria ao tema das mãos de Iiro.

Perguntei-lhe sobre os seus sonhos. Iiro disse-me que dormia com os olhos fechados e não via nada. Depois, falou-me que tinha sonhos bonitos.

⁴³⁹ Ver Winnicott (1971a/1984): “Ele então fez um risco que era mais da natureza de um desenho deliberado, embora feito rapidamente. Pode ter havido uma influência da forma que dei ao meu rabisco (n.10). O rabisco parecia o desenho de uma mão deformada. Esse era um momento importante, porque quando perguntei o que estava acontecendo ao fazer o desenho ele disse: “Apenas aconteceu”. E ele mesmo ficou surpreso” (p.27).

Em seguida, fez este desenho, que era, de fato, muito próximo de sua mão. Falei-lhe: “*Parece com a sua mão esquerda, não é?*”⁴⁴⁰. Ele disse: “*sim, um pouco*”.



Searles: Iiro pôde ver as próprias mãos.

Winnicott: Foi neste momento que Iiro foi objetivo e falou sobre as mãos, contando-me que já fizera muitas operações e que ainda precisava fazer mais. Disse-me: “*tenho apenas quatro artelhos; eu tinha seis*”. Eu respondi: “*É como o pato, não é?*”.

Comuniquei-lhe algo sobre uma ideia que começava a se formar em mim. Devo ter dito algo assim. “*Os cirurgiões estão tentando alterar o que você era quando nasceu*”. Aí, em seguida, Iiro disse-me que gostaria de tocar flautas.

Searles: O que era impossível. Pobre garoto.

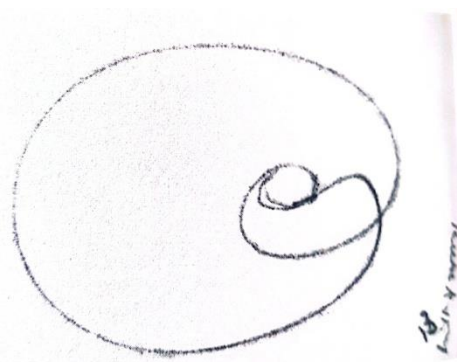
Winnicott: Quando a consulta parecia ter se esgotado, perguntei-lhe o que ele queria ser quando crescer. A sua resposta foi: “*eu não sei*”; “*serei como papai, empreiteiro de construções*”.

⁴⁴⁰ Ver Winnicott (1971a/1984): “Perguntei-lhe sobre sonhos e ele disse: “Durmo com os olhos fechados e por isso não vejo nada”. Pouco depois falou: “Meus sonhos são bonitos, na maioria das vezes. Há muito tempo não tenho um sonho desagradável”. Senti que ele havia encerrado o tema dos sonhos e esperei. Então fez este, e eu lhe disse: “Parece com a sua mão esquerda, não é?!” De fato, o ângulo era quase exatamente o mesmo que o ângulo entre seus dois dedos proeminentes da mão esquerda, que naturalmente estavam alguns centímetros distantes do desenho sobre a mesa, segurando o papel. Ele disse: “Oh, sim, um pouco” (p.28).

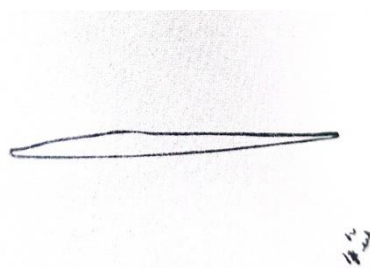
Então, em seguida, questionei-lhe se ficava aborrecido com todas essas cirurgias. Logo me disse: “nunca”. “É uma escolha; escolhi fazer essas operações”. Notei que ele podia, agora, olhar não só para a sua mão, mas, também, para o seu sofrimento. *Talvez fosse isso que ele procurava, inconscientemente, na interação comigo*⁴⁴¹.

Douglas: *Iro necessitava de uma comunicação humana que lhe permitisse recolocar-se diante de si.*

Winnicott: No próximo desenho, ele transformou o meu traço num punho de espada.



O décimo quarto desenho ele chamou de enguia.



⁴⁴¹ Ver Winnicott (1971a/1984): “Percebi que acabava não somente de olhar para suas mãos, mas também para as suas impossibilidades, e que fizera uma importante verbalização do problema. Acho que era isso que (em intenção consciente) ele estava buscando no contato profissional que eu lhe estava proporcionando” (p.30).

Como era uma estação de enguias na Finlândia, perguntei-lhe se devolveríamos o animalzinho para o lago ou se o cozinharíamos. “*Vamos deixar que ela volte para nadar no lago, pois é muito pequena*”.

Searles: A enguia era ele?

Winnicott: Iro se identificou com ela, e isso me deu confiança para continuar seguindo a minha hipótese: ele estava se referindo a seu estado primitivo, espécie de fantasia pré-nascimento...Você lê um trecho da página 31, Douglas? A frase começa: “Por isso disse a ele”...

Douglas: Achei.

Por isso disse a ele: “Se pensarmos em você quando pequeno, você gostaria de nadar no lago, ou nadar em lagos como os patos. Está me dizendo que gosta de você mesmo com seus pés e mãos ligados e que precisa que as pessoas o amem da maneira como era quando nasceu. Já crescido, você quer tocar piano, flauta e fazer trabalhos manuais, e assim concorda em continuar a ser operado, mas a coisa principal é ser amado como é e como “nasceu”.

Ele parecia ter respondido a essa observação minha ao dizer: “Mamãe é assim como eu” — um fato que eu não conhecia até então. Em outras palavras, ao lidar com essa condição em si mesmo ele tinha que lidar com ela também em termos de sua mãe⁴⁴².

Douglas: Você interpreta para favorecer que Iro integre parte de si mesmo.

Winnicott: Fiz um desenho complexo, que ele percebeu como luzes e abajures. A sua mãe acabara de comprar um grande abajur parecido com o que ele via do desenho. Fiz algumas sugestões sobre o rabisco, mas ele as rejeitou⁴⁴³.

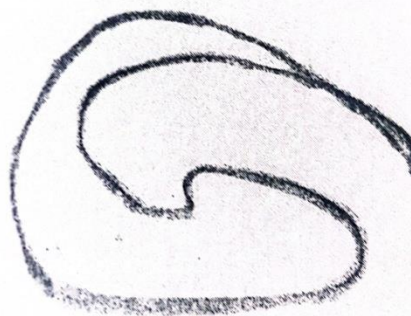
⁴⁴² Ver Winnicott (1971a/1984, p.31).

⁴⁴³ Ver Winnicott (1971a/1984).



15

Pegou um pedaço de papel e desenhou uma mão que parecia com a sua. Mais uma vez, Iiro se surpreendeu com o seu desenho: “*É o mesmo, novamente*”⁴⁴⁴.



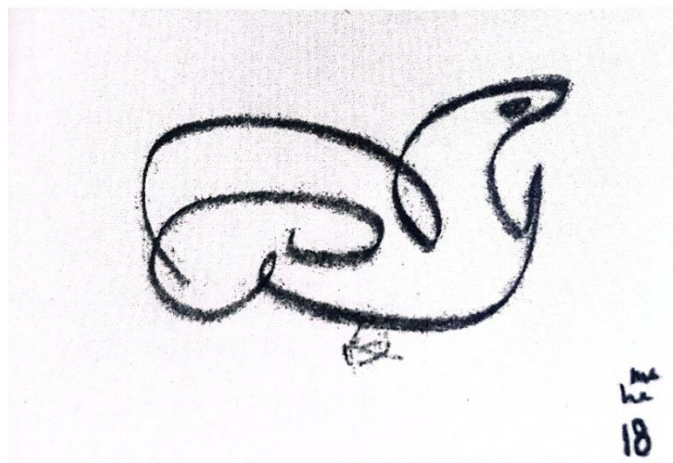
16

Depois de falarmos sobre a sua casa, voltamos ao jogo.
O seu próximo rabisco eu transformei em pés e sapatos.

⁴⁴⁴ Ver Winnicott (1971a/1984): “Agora pegou um pedaço de papel e desenhou deliberadamente. Em uma cópia muito aproximada da deformidade de sua mãe esquerda, que segurava o papel na parte de baixo. Ele ficou surpreso e exclamou: “*É o mesmo, novamente*” (p.32).



No nosso último desenho, que começou com um rabisco meu, fiz algo complexo, com os meus olhos fechados, e lhe disse que ele não conseguiria fazer nada com isso. Iiro acrescentou um olho e pés e me disse: “*É um pato*”.



Ao final, ele se sentiu amado, o que reafirmava o seu amor por si mesmo. Isso indicava a necessidade de ser amado do jeito que ele nasceu, antes de ser submetido às cirurgias ortopédicas⁴⁴⁵.

Searles: Como um analista de crianças procede aqui? Eu atendo apenas as crianças adultas enlouquecidas. Você conversou com a mãe do menino?

⁴⁴⁵ Ver Winnicott (1971a/1984).

Winnicott: Conversei com ela por uma hora, mas isso não estava previsto. Em dado momento da conversa com a mãe de Iiro, ela começou a chorar. Contou-me algo que nunca tinha compartilhado com ninguém.

Douglas: Em seu livro, lemos:

Sei que todo mundo tem sentimentos de culpa sobre sexo. Para mim é diferente. Toda minha vida tenho sido sexualmente livre, e no casamento a experiência sexual tem sido satisfatória. Ao invés de me sentir culpada sobre sexo, o que sempre sentia era que a deformidade de meus dedos e artelhos seria transmitida para um de meus filhos. Desse modo eu seria punida. Desde que casei, a cada vez que ficava grávida me tornava tremendamente ansiosa sobre o bebê que ia nascer, ansiosa em termos de ele herdar a deformação. A cada vez que nascia uma criança e ela era normal eu me sentia imensamente aliviada. Com Iiro, porém, não tive essa sensação, pois lá estava ele com dedos e artelhos como os meus; eu havia sido punida. Quando o vi, odiei-o. Repudie-o completamente, e durante alguns momentos (uns vinte minutos ou mais) senti que não queria vê-lo nunca mais. Ele tinha que ser levado para longe de mim. Então me ocorreu que ele poderia ter os dedos das mãos e dos pés corrigidos por constantes cirurgias ortopédicas. Decidi imediatamente persistir em consertar os dedos de Iiro, embora isso parecesse impossível, e a partir desse momento percebi que meu amor por ele voltou e acho que o amo mais que aos outros. Partindo desse ponto de vista, posso dizer que ele ganhou alguma coisa. Entretanto tenha ficado obcecada por esse impulso de recorrer a cirurgias ortopédicas⁴⁴⁶.

Winnicott: Ocorreu-me que ela me comunicava exatamente a mesma coisa que Iiro me contou na consulta terapêutica. Ele ganhou muito com o amor da mãe, mas teve que pagar um preço ao fazer tantas intervenções médicas, algo que a equipe do hospital notou.

Considero que houve algum resultado do trabalho que realizei nessa entrevista. Fui comunicado que as limitações de Iiro foram mais aceitas. É interessante que ele não tenha perdido, dentro de si, essa entrevista comigo, mesmo que seja improvável que Iiro se lembre de como eu era ou dos desenhos que fizemos. Iiro manteve contato comigo por meio de cartas traduzidas pela assistente social. Ele me manda fotos com o seu cachorro ou com os seus amigos pescando num lago.

⁴⁴⁶ Ver Winnicott (1971a/1984, p.34).

- Douglas:** Da consulta com Iro, me interessa a maneira como você tentou *compreender a comunicação, o gesto que busca encontrar ressonância em outro humano, de tal maneira que o próprio self do paciente possa ser modificado. Isso faz parte de sua maneira de compreender a transferência.*
- Searles:** Simpático esse menino finlandês.
- Winnicott:** Simpaticíssimo, grande menino Iro.
- Douglas:** Vamos conversar sobre um caso de análise padrão?
- Searles:** A minha sugestão é que falemos sobre a sua conhecida paciente, uma analista de mão cheia, a senhora Margaret Little, cujo pensamento já foi citado em nossas reuniões. Vamos conversar sobre ela?
- Douglas:** Não, não. Não aguento mais ouvir nada sobre o caso de Little!
- Winnicott:** Por que, Douglas?
- Douglas:** Adoro o trabalho dela e considero o seu livro um precioso relato da análise com você, Donald, mas o caso de Little já é tão conhecido. Só aqui no Brasil, para você ver, temos ótimos trabalhos analisando a história clínica dessa célebre analista e paciente⁴⁴⁷. Por isso, acho mais proveitoso conversarmos sobre o seu caso menos estudado, aquele do jovem conhecido como B.
- Winnicott:** Discuto o caso completo dele em “*Holding e interpretação*”⁴⁴⁸.
- Douglas:** Neste percurso apresentativo, veremos Donald *trabalhar de acordo com as necessidades do paciente em determinado momento da sessão. No caso de B. veremos intervenções relacionadas tanto à dependência e ao*

⁴⁴⁷ Ver Gomes (2015), Naffah Neto (2008) e Pereira Robert (2015).

⁴⁴⁸ Ver Winnicott (1972/2010).

impulso amoroso primitivo, quanto às experiências edípicas, consideradas mais avançadas do ponto de vista da teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional. Além disso, também veremos com a noção de não-acontecimento é importante para o trabalho analítico.

Winnicott: Deixarei você livre para realizar a sua explanação inicial.

Douglas: B, um homem de trinta anos, casado e com dois filhos, fez um período prévio de análise com Winnicott, mas o trabalho foi interrompido em decorrência da guerra. Naquele primeiro momento, quando o paciente tinha 19 anos, ele veio para a análise num estado de confusão e irrealidade. Apesar de ter alcançado pouco *insight*, obteve uma melhora clínica.

Graduado na mesma profissão que o seu pai, a engenharia, largou o seu ofício e se tornou médico. Casou-se com a esperança de conseguir um tipo de ajuda psicoterapêutica no relacionamento, mas, como costuma acontecer, não obteve êxito nesse tipo de tentativa de cura por meio do matrimônio. Trabalhando como médico, B. entrou em colapso e foi internado numa instituição de saúde.

No princípio da segunda etapa da análise, apesar de B. se comunicar verbalmente com o analista, ele não estava presente emocionalmente na análise e o seu discurso era estudado e retórico. Somente depois de algum tempo, B. trouxe a si mesmo para análise, o que permitiu que o analista entrasse em contato com a criança no adulto⁴⁴⁹.

B. tinha consciência de sua falta de espontaneidade e excitação, e nem podia culpar a sua esposa por achar ele monótono demais. O tema da excitação, ou a falta dela, em seu sentido mais amplo, foi central na análise de B.

Esse foi um pequeno resumo da história clínica do paciente. Mesmo muito incompleto, ele cumpre a função de apresentar a problemática vivida por ele.

⁴⁴⁹ Ver Winnicott (1972/2010).

Winnicott: Se a ideia é discutir a transferência, vamos nos focar nas sessões que são úteis para alcançarmos esse objetivo.

Douglas: O foco é a transferência, não o caso em si.

Searles: Continuem.

Douglas: Neste novo período da análise, o paciente trouxe para as sessões a temática da falta de excitação e espontaneidade. Havia uma dificuldade em experimentar a vida instintiva na relação com o outro e consigo mesmo. A dimensão da corporeidade é importante, pois a problemática da excitação está ligada ao alojamento da psique no corpo⁴⁵⁰. *Excitar-se, aqui, tem relação com o impulso amoroso primitivo, com a apropriação dos instintos e a agressividade, necessária para realizarmos um encontro real e verdadeiro com o mundo*⁴⁵¹.

No decorrer da análise, B. desenvolveu um relacionamento muito forte com o analista, e isso assustava o paciente. Depois de comentar que havia tido uma experiência de excitação com a amante, Winnicott interpretou que, na neurose de transferência, a mulher representava o analista.

Winnicott: Eu tentava favorecer a experiência de excitação na análise e mostrar a relação entre o fato de B. estar se excitando com uma amante e o que ocorria na transferência. Essa interpretação nos levou ao tema da dependência.

Douglas: Na sessão do dia 27 de janeiro você fez importantes interpretações sobre a dependência.

Você pode sustentar isso?" Ele falou sobre o seu pai em meio às pessoas juntos às quais havia procurado o direito de ser dependente. Seu pai só conseguia aceitar o encargo até certo ponto, mas depois, como sempre, passava-o para a mãe. A mãe não lhe servia de nada, pois já havia fracassado (i.e. durante a infância do paciente)⁴⁵².

⁴⁵⁰ Ver Safra (2003-2004).

⁴⁵¹ Ver Winnicott (1990).

⁴⁵² Ver Winnicott (1972/2010, p.33).

Douglas: Você tentou delinear a dependência, ajudando B. a entrar em contato com ela, que já estava presente no material da sessão, mas ainda não podia ser experimentada. *O objetivo de suas interpretações é favorecer as experiências de dependência e excitação de B*⁴⁵³.

Winnicott: A interpretação correta dizia respeito ao fato de que o seu polegar voltava a significar algo. Ele foi um chupador de dedos até os onze anos, e, possivelmente, desistiu disso porque não havia ninguém a ser representado pelo polegar. Essa interpretação se mostrou correta e produziu uma alteração nos movimentos da mão do paciente. Pela primeira vez, ele colocou o polegar esquerdo na boca.

Douglas: O polegar, agora, representava um encontro com o outro, o dedo representava você na transferência, algo fundamental para que B. pudesse experimentar a excitação.

Na sessão do dia 9 de fevereiro, depois de o paciente falar sobre a excitação, você fez um comentário ótimo.

Eu posso ficar excitado. Há um ano as mesmas coisas me aconteciam e, como eu não podia suportar a excitação, elas passavam por mim. Eu só permitia uma apreciação intelectual. Eu não podia dar-me ao luxo de sobreviver sem a minha depressão. Na verdade, 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". Pausa. "Eu não quero falar sobre excitação".

Analista: "*Mas o objetivo é alcançar a excitação*".

Paciente: "Há um risco envolvido. Você fica parecendo tolo. As pessoas podem rir se você ficar tagarelado". (Essa palavra, na análise, é própria de uma fase da primeira infância na qual, segundo foi dito, ele tagarelava muito antes de se tornar quieto e retraído). "E depois é você quem fica segurando o bebê" (significando excitação)⁴⁵⁴.

Douglas: Ao dizer para B "*Mas o objetivo é alcançar a excitação*", você deixou claro que o que é necessário é *alcançar, viver e experimentar a excitação*

⁴⁵³ Ver Safra (2003-2004).

⁴⁵⁴ Em nota, o tradutor ressalta que "ficar segurando o bebê" (*to be left holding the baby*) é uma expressão inglesa que tem mais ou menos o sentido de "pagar o pato".

na transferência com você, Donald; apenas falar sobre a excitação nada leva a nada. Vemos a ideia de que a análise promover a experiência necessária para a excitação vir a acontecer.

Depois ele lhe diz algo sobre como ficar excitado pode ser um risco, pois depois você pode ficar segurando o bebê, que significa excitação — é uma maneira de expressar que não houve a sustentação ambiental necessária que permitisse que a excitação pudesse ser desfrutada. O paciente, ele mesmo, precisa sustentar a própria excitação, numa tentativa de auto-sustentação de si⁴⁵⁵.

Winnicott: Após me contar que estava começando a ter o direito de se excitar, ele me diz que existe alguma coisa diferente na excitação por direito próprio, mas se você se excita pode perder essa coisa, pois a tiram de você. Digo-lhe que quando ele demonstra excitação, ela é roubada dele. A falta de sustentação ambiental foi vivida como um roubo de seu direito de se excitar. Eu poderia ter interpretado algo relacionado à angústia de castração, mas não o fiz.

Douglas: Esse modo de trabalhar é condizente com a maneira pessoal de realizar diagnóstico processual de acordo com o desenvolvimento emocional do paciente. Como você está trabalhando com o tema da dependência, seria equivocado trazer à tona a angústia de castração — que é vivida por uma pessoa total que se relaciona com outras duas pessoas totais, ou seja, estamos falando da experiência edípica⁴⁵⁶, ainda distante desse momento da análise.

Winnicott: Na sessão de 10 de fevereiro contou-me sobre a sua amante e o perigo de ficar excitado. Posteriormente, B. fala sobre o fato de, agora, poder ter esperança quanto ao futuro. Anteriormente, ele não podia vislumbrar nenhuma perspectiva e esperança para viver uma vida normal. Considera que a sua depressão está relacionada com a procura pela dependência.

⁴⁵⁵ Ver Safra (2003-2004).

⁴⁵⁶ Ver Winnicott (1990).

Douglas: Em seguida, vemos uma interpretação que sinaliza para o não-acontecido e aponta a necessidade de algo inaugural acontecer na transferência. A desesperança do presente refere-se a uma desesperança já vivida. O paciente está à procura do si mesmo que ainda não foi alcançado⁴⁵⁷. Você comentou:

A desesperança em relação ao futuro e ao presente, portanto, nada mais é do que a desesperança em relação ao passado que você desconhece. O que você está procurando é a sua capacidade de amar, e, sem conhecermos todos os detalhes, podemos dizer que alguma falha no início de sua vida fez com você duvidasse da sua capacidade de amar⁴⁵⁸.

Winnicott: O material tem qualidade oral relacionada ao impulso amoroso primitivo. Relacionava-o ao canibalismo.

Douglas: Há outra interpretação sobre isso. Estamos no campo da oralidade e da necessidade de devorar, o que nos remete ao tema do impulso amoroso primitivo e da agressividade inerente à vida instintiva⁴⁵⁹. Além disso, quando menciona a ideia de reparação, se refere ao fato de que em algum momento haverá o reconhecimento da responsabilidade pessoal diante das exigências do impulso amoroso em relação ao outro. Segue o que você disse:

Na interpretação abrangente, falei dessa situação de infância que, de alguma forma, ele não experimentara e que eu teria que lhe proporcionar, 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. Para ilustrar, disse-lhe que uma criança internada numa instituição poderia ter três enfermeiras no decorrer do dia e, no entanto, apresentar dificuldade em relação à reparação⁴⁶⁰.

Douglas: A interpretação abrangente diz respeito à forma como você integra, na transferência, as diversas experiências que ocorrem no decorrer da

⁴⁵⁷ Ver Safra (2003-2004).

⁴⁵⁸ Ver Winnicott (1972/2010, p.38).

⁴⁵⁹ Ver Winnicott (1990).

⁴⁶⁰ Ver Winnicott (1972/2010, p.39).

análise. Você sempre está atento à necessidade de integrar as experiências e desfazer dissociações⁴⁶¹.

Winnicott: Nessa mesma sessão, quando havia inúmeros fragmentos do material que se perdiam, e o paciente parecia falar sobre a crescente habilidade para tolerar a não-integração, disse-me que as ideias, nesse momento, pareciam um monte de crianças.

Douglas: Outra bela interpretação integradora das crianças, que são expressões de partes do *self* ainda não integradas.

Meu trabalho enquanto analista era ajudá-lo a lidar com essas crianças, organizá-las e tentar introduzir alguma ordem no manejo delas. Eu lhe disse que, quanto ainda não havia encontrado o sadismo que indicaria a utilidade do fenômeno de reparação, ele estava cheio de capacidade de reparação. A excitação em relação a mim fora apenas mencionada e não surgira⁴⁶².

Douglas: Novamente, vemos você salientando que o essencial é viver a excitação em relação ao analista, e não apenas falar sobre ela. O importante, para B, é experimentar a excitação e o impulso amoroso primitivo na análise. Você o está ajudando neste sentido, criando as bases para que essa experiência venha a acontecer. *O não-acontecido, ser reconhecido e sustentado na experiência instintiva de dependência e amor primitivo, precisará ser experimentado na análise.*

Num dado momento da mesma sessão, ele diz que você deveria estar animado porque a excitação estava começando a acontecer. Donald responde a B. que estava entusiasmado, mas não tanto quanto ele⁴⁶³. Desta forma, você, ao mesmo tempo, se mostrou animado com o desenvolvimento da capacidade do paciente se excitar, e tentou preservar a excitação de B. que estava dando sinais de vida. Nesta situação, uma excitação demasiada do analista roubaria a excitação pessoal do paciente — o que poderia reproduzir a dinâmica ambiental primitiva.

⁴⁶¹ Ver Safra (2003-2004).

⁴⁶² Ver Winnicott (1972/2010, p.41).

⁴⁶³ Ver Winnicott (1972/2010).

Winnicott: Ele estava num estado de exultação. Vendo esse estado diminuir, pude lhe dizer como foi importante não compartilhar a exultação, embora tenha compartilhado a excitação.

Quando, posteriormente, B. me disse que não tem nada para me contar, ofereci uma interpretação abrangente, ligando o momento atual com o primeiro período de análise, dizendo-lhe que, para ele, a satisfação aniquila o objeto, e, como havia tido satisfação na semana anterior, eu estava aniquilado⁴⁶⁴.

Douglas: Aqui, você está atento ao fato de que a satisfação poderia ser vivida como aniquilação do objeto. O objeto não sobreviveria à excitação e à satisfação. O analista precisa viver e sobreviver à intensidade da excitação do impulso amoroso primitivo. Winnicott sustenta essa situação na qual B. pode experimentar se excitar sem que ele venha a destruir o outro⁴⁶⁵.

Winnicott: B. comenta que se viu dando risadas sobre o que vivemos no final da sessão, quando ele me disse que parecia que estávamos falando numa maneira intelectual, mas que se deparou lidando com a situação numa maneira leve brincalhona, e isso era um contraste com o trabalho que sempre é muito árduo.

Douglas: Alcançar a brincadeira juntos era um fato importante. Jogar era uma novidade na análise de B.

Na sequência, B. fala sobre começar a alcançar um tipo de brincadeira que poderia ser um amalgama entre a realidade externa e suas exigências e o prazer advindo da brincadeira⁴⁶⁶. Há uma proximidade com o tema dos fenômenos transicionais, pois há uma possibilidade de mistura entre o subjetivo, a brincadeira, e o objetivo, as exigências da realidade externa⁴⁶⁷.

⁴⁶⁴ Ver Winnicott (1972/2010).

⁴⁶⁵ Ver Safra (2003-2004).

⁴⁶⁶ ⁴⁶⁶ Ver Winnicott (1972/2010).

⁴⁶⁷ Ver Safra (2003-2004).

Searles: E o que você lhe disse?

Winnicott: Você lê, Douglas?

Douglas: Sim:

Estávamos brincando sem preocupações. Houve uma interrupção na abordagem séria que usamos e eu ri e fiquei entusiasmado. Analista: “Essa palavra, ‘brincando’, me faz lembrar que eu poderia ter usado a palavra ‘brincadeira’ quando você falou sobre ‘ser inteiramente livre’ na última sessão. No final da sessão, você e eu estávamos brincando juntos, conversando superficialmente. Você gostou disso e sentiu o contraste com o trabalho árduo comum⁴⁶⁸.”

Adiante, temos outro trecho que é continuidade desse anterior.

Analista: “Creio que existe uma sensação de que fomos pegos brincando juntos”. Paciente: “Geralmente acontece a mesma coisa com a medicina. Agora percebo como é importante quando acontece alguma coisa divertida no meio de um assunto sério. Pode ser de mau gosto, mas às vezes é muito útil uma brincadeirinha, uma piada, um jogo de palavras no meio de uma discussão médica séria. Eu falei de dois extremos: será que eu deveria me dedicar a um trabalho muito sério, como um eremita, um asceta, ou deveria sair em busca de prazer, evitando qualquer coisa séria? Parece que agora existe a possibilidade de um amálgama, que é diferente de busca um caminho intermediário. O amálgama inclui os dois extremos ao mesmo tempo”. Analista: “*O tema é similar ao do seu interesse pelo polegar, e o fato de você ter alguém, no caso, eu, que o polegar pode representar*⁴⁶⁹.”

Winnicott: Foi por isso eu lhe lembrei o interesse dele pelo polegar.

Douglas: Você faz uma intervenção que reposiciona o polegar como a presença do outro, uma abertura para a possibilidade do dedo ser o analista. Cada vez mais, na transferência, você se torna uma pessoa significativa com a qual ele poderia viver a dependência infantil. Além disso, sabiamente, o analista está atento ao fato de que os eventos da vida do paciente, tais como o caso com uma mulher e o problema no casamento, estavam relacionados com a análise.

⁴⁶⁸ Ver Winnicott (1972/2010, p.46).

⁴⁶⁹ Ver Winnicott (1972/2010, p.46, grifos meus).

Ao mesmo tempo, você começa a indicar que, concomitantemente ao tema da dependência, encontramos indícios que levarão ao tema do Édipo de B. O paciente comenta que um antigo companheiro da namorada reapareceu e houve ciúme.

Ele disse que várias moças com quem se relacionara tendiam a se tornar dependentes porque ele era compreensivo, e a relação tendia a se assemelhar à relação entre pai e filha. Ele sente isso como um defeito de sua personalidade. Ele não é capaz de ser agressivo.

Analista: “O que você está querendo dizer é que não conseguiu odiar o homem na relação triangular”

Paciente: “Isso só vem depois; não é espontâneo. Essa é uma questão acadêmica”.

Ocorrerá um avanço, e havia o risco de que a situação escapasse ao controle. Como tudo isso acabaria? Ele conhecia o seu rival junto à namorada.

Analista: Nesse ponto, eu fiz uma integração abrangendo os quatro elementos que só se uniam na transferência: dependência, a gratificação instintual, o sonho incestuoso e relação conjugal⁴⁷⁰.

A ausência do pai contra o qual ele poderia se rebelar começa a ser desenhada, ao mesmo tempo você trabalha o tema da dependência e da excitação. Você é mais complexo do que pode parecer para os desavisados. Você indica, com a sua interpretação, que B. não pode viver a experiência de odiar o pai, e isso é um *não-acontecido que precisa ser experimentado na análise*.

Winnicott: No final da sessão, depois de termos trabalhados alguns dos sonhos desse homem, e falarmos sobre a ausência do pai nos sonhos, outro paciente tocou a campainha, tive que deixá-lo entrar. Ao vê-lo, B. deixou implícito que estava gostando desse jogo triangular.

Searles: Você o ajudou a ir construindo um pai para se confrontar. Odiar o pai é importante, assim como um pai e uma mãe poder amar os filhos e as filhas. Tudo isso faz parte do Édipo.

Winnicott: Minhas intervenções vão indicando a situação edípica que vai se construindo durante o processo da análise⁴⁷¹.

⁴⁷⁰ Ver Winnicott (1972/2010, p.49-50).

Douglas: Noutra sessão, naquela do dia 24 de fevereiro, o paciente recorda a construção que vocês fizeram na primeira análise, que diz respeito ao fato de a sua mãe ter sido perfeita demais, e uma mãe assim impede os movimentos pessoais do bebê, antecipando a satisfação e impedindo a excitação. B. vivia uma espécie de ansiedade de perfeição que lhe inibia e o deixava inseguro no trabalho. Temos a seguinte interpretação.

Paciente: “É o mesmo com o meu chefe. Fico ansioso, com medo de não considerar um caso seriamente, de me sentir tolo com as críticas. Sinto que serei rejeitado e, por isso, tenho de assumir responsabilidades; é como o destino, ser perfeito”.

Analista: Minha interpretação incluía o seguinte: “Você só pode encontrar o cuidado perfeito de sua mãe através da ansiedade de perfeição. Por trás disso, o que existe é a falta de esperança de amar e de ser amado, e isso se aplica agora, aqui, na sua relação comigo⁴⁷²”.

Douglas: A mãe do paciente era perfeita demais. Alguém assim pode impedir que o gesto da criança aconteça, pois há uma antecipação e a excitação não pode ser experimentada.

Searles: Já entendi a história do caso e essa parte da dependência e de poder viver o que não foi vivido, está tudo ótimo. Vamos direto ao tema do Édipo?

Winnicott: Faz assim, Douglas, como você separou os trechos que gostaria de ler, leia as citações e no final nós conversamos. Tente mostrar como trabalho para facilitar que o paciente pode viver a experiência edípica comigo. No começo, ele não podia viver a rivalidade com um homem, e fui lhe ajudando a pode experimentar isso comigo.

Douglas: Boa sugestão.

Searles: Se demorar, Douglas, começo a falar de Joan Douglas, minha querida.

⁴⁷¹ Ver Winnicott (1972/2010).

⁴⁷² Ver Winnicott (1972/2010, p.61).

(Risos)

Douglas: Não demorarei

Searles: Sei, sei.

Douglas: Pensando naquelas pessoas imaginárias que poderiam estar nos acompanhando, acho que fazer esse monte de citação direta não ajuda no entendimento do caso. Mas o benefício dessas citações é poder acompanhar de perto a dinâmica da análise de B.

Winnicott: Continue.

Douglas: Na sessão do dia 8 de março, B. aborda o tema das fantasias de mulheres com pênis.

Analista: O problema fundamental é a sua ideia dupla sobre as mulheres: a namorada como a mulher sem pênis, e a sua esposa, talvez, como a mulher com pênis.

Paciente: Talvez o mesmo aconteça com minha mulher. Ela sempre odiou ser obrigada a assumir o papel de homem, e, no entanto, foi isso que eu fiz com ela. Ela sempre quis ser a fêmea.

Analista: Surge a questão: como será a sua namorada daqui a dez anos, caso você se case com ela?

Paciente: Ela tem medo de dominar. No passado, eu sentia que seria gradualmente dominado por ela, mas acho agora que isso não aconteceria. Eu costumava ser facilmente dominado. Acho que seria ser dominado. Com minha esposa, acho muito difícil inverter a situação e passar a ser dominar.

Analista: É sempre muito difícil modificar um padrão quando há uma outra pessoa envolvida.

Paciente: O engraçado é que ter uma índole bondosa, como acham que tenho, está associado ao desejo de ser dominado.

Analista: Em algum lugar nisso tudo está a relação com uma ou com ambas as suas irmãs, uma relutância da sua parte em ser aquele que tem pênis.

Paciente: Duas coisas me ocorrem. Uma delas é: como você entra nisso? Você vai me dominar ou o quê? Eu às vezes tenho medo de dominar a sessão.

Analista: Aqui eu sou a menina, com ou sem pênis. Você fica imaginando como eu vou ficar sendo a menina sem pênis, quando você tem um⁴⁷³.

⁴⁷³ Ver Winnicott (1972/2010, pp.71-72).

Douglas: Após terem conversado sobre ter ou não um filho a amante, B. fala sobre o seu lado rebelde.

Analista: Além disso, um filho para a moça ou para sua esposa é quase como dar um pênis, o que alivia você da ilusão sobre o pênis. O que é importante nisso tudo é que você descobriu a tristeza por seu segundo filho não ter sido um menino.

Paciente: Sim, fiquei contente com a menina, o que foi em parte uma simples negação, e também porque me fez sentir que seria mais fácil abandonar minha esposa. Mas senti que não merecia ter um menino, e, portanto, eu ficaria feliz em dar à moça um filho ilegítimo. Seria perverso, e essa perversidade é importante. A única forma de fazer o mundo aceitável é desafiá-lo. A ideia, de certo modo, é rebelde e, portanto, é excitante. Isso me atrai.

Analista: Anteriormente, você falou de seu self obediente, e pode-se dizer que isso esconde o seu self verdadeiro. O self verdadeiro está correndo um grande perigo, porque é simplesmente um menino com um pênis, que é importante na família por causa do pênis. O self falso, obediente, esconde e protege o self verdadeiro do perigo esperado. Entretanto, o self verdadeiro pode ter a permissão de se mostrar ativamente anti-social, rebelde e mal comportado.

Paciente: O que ajuda é que esse comportamento anti-social é irreal.

Analista: Sim, mas está muito próximo do seu verdadeiro self masculino⁴⁷⁴.

Winnicott: Ele começa a colocar as manguinhas de fora.

Douglas: Você faz uma construção que aponta para o não-acontecido no Édipo.

Paciente: Isso me faz lembrar que o problema atual começou quando eu me graduei e me encontrei pela primeira vez numa posição de responsabilidade, tendo de tomar decisões como médico. Era exatamente isso que eu não podia aceitar, e a minha esposa reclamava do mesmo em mim, que eu nunca decidia nada.

Analista: Isso se aplica a você enquanto menino e jovem, com suas irmãs. Existe uma complicação que deve ser examinada – a questão da atitude da mãe. Pode ser que, enquanto menino, você tenha sonhado com uma relação sexual com sua mãe e, dessa forma, tenha temido seu pai. Mas não é assim que você está colocando as coisas. Seu pai ainda não apareceu no setting. Isso me faz pensar que quanto se tornou um menino, com excitação sexual e sonhos incestuosos, você descobriu sua mãe avaliando você de uma maneira especial, de forma que você estava em período de ter sua masculinidade roubada. Sua mãe também podia querer que você fosse o pênis dela. Você recuou diante disso e, portanto, não passou para o estágio seguinte, de conflito com o pai.

⁴⁷⁴ Ver Winnicott (1972/2010, p.73).

Paciente: Eu não me lembro de ter tido consciência de mim como um menino com um pênis, mas seria lógico, acho, que eu houvesse esquecido tudo isso. A imagem de mim como menino parece remota

Analista: O fato de se vestir como uma menina também viria como uma negação de sua masculinidade. Aparentemente, você não podia suportado o fato de suas irmãs não terem pênis, uma provação, já que você não sabia que elas tinham qualquer coisa. Eu também gostaria de lembrar-lhe que você chupava o dedo e sentia a necessidade de agarrar alguma coisa. Ao chupar o dedo, em vez de agarrar o seu pênis, você evitou a questão de ter ou não ter pênis, e não fez distinção entre você e suas irmãs⁴⁷⁵.

Douglas: Aos poucos, a temática da rivalidade começa a ganhar corpo na sessão.

Paciente (...) Estou começando a achar isso excitante – competir com um outro homem é certamente um novidade. Em primeiro lugar, a rivalidade é algo novo, é parte do meu desenvolvimento, e, em segundo lugar, existe a excitação imediata de lutar com um homem por causa de uma moça. Nunca fui capaz de lidar com isso antes.

Analista: Num determinado sentido, você está sempre procurando o homem que você odeia por causa do amor de uma mulher. No final das contas, trata-se de seu pai, um novo aspecto do pai que você não conhecer, pois ele entrou muito cedo em sua vida e se estabeleceu como uma mãe alternativa para você (Nesse momento o paciente colocou o pé no chão)⁴⁷⁶.

Winnicott: Sim, ele vai conseguindo me criar como um homem rival com o qual pode competir.

Douglas: Esse trecho mostra isso:

Analista: Você está me usando na análise de várias formas diferentes. Eu integro o material que você me apresenta, mas você também me utiliza de maneiras específicas. Num determinado momento, você vai se lembrar, eu estava muito identificado com sua esposa. Mais tarde, fui identificado com sua namorada, e houve um momento importante, quando fiz essa interpretação depois de ter feito uma que havia sido incorreta. (Eu o lembrei dos detalhes). Agora parece que existe uma nova fase, e eu me tornei o homem que o preocupa na sua relação com a moça

Paciente: Então, tudo o que venho dizendo é pura exibição. É curioso, mas nos últimos dias tenho sentido vontade de ‘conhecer o homem’, quer dizer, o outro homem que é tão importante na vida da namorada. Eu poderia acabar com ele. Anteriormente, quando eu não tinha consciência dos problemas sexuais, não havia muito sentido em conhecer o homem misterioso, e eu não queria identificá-lo com você

⁴⁷⁵ Ver Winnicott (1972/2010, p.74).

⁴⁷⁶ Ver Winnicott (1972/2010, p.97).

simplesmente porque tinha de fazê-lo; mas gora faz sentido, porque posso me exibir e ficar orgulhoso

Analista: Nesta análise houve pouquíssima transferência negativa, mas estamos chegando a ela, e a análise tem de ser capaz de abarcá-la. Existe a luta entre os dois homens que amam a moça. Você está chegando a esse ponto numa posição muito forte, a do ‘homem triunfante’ que pode enfrentar o outro homem baseado na exibição do próprio sucesso⁴⁷⁷.

Winnicott: Neste momento, o paciente precisava que eu fosse o homem que iria lhe dizer não. Foi isso que eu fiz.

Analista: Você está falando sobre ideias ou sobre uma relação sexual real?

Paciente: Acho que me refiro a tudo, inclusive à relação sexual. Mãe e filho é muito inaceitável. A palavra ‘querido’ pertence a essa relação íntima. A questão é: o que quer dizer incesto?

Eu poderia ter dito ‘amor’ ou uma relação emocional. Com a moça a relação sexual é aceitável, mas o amor é mais duvidoso. Hoje ela disse: ‘É claro, eu me irritaria se você não ficasse aborrecido’.

Analista; Você está usando a proibição da sociedade do incesto entre mãe e filho entre você e sua mãe. Isso significa que seu pai não cumpriu o seu papel, e você, portanto, não tem ódio nem medo do homem e está de volta à antiga posição: ser frustrado pela mulher ou desenvolver uma inibição interna.

Paciente: É moça que proíbe.

Analista: O tempo todo você está procurando pelo homem que dirá ‘não’ no momento certo; alguém que você poderia odiar ou desobedecer e com quem você poderia chegar a se entender. Pouco a pouco, ao zangar-se comigo, você está permitindo que eu ocupe essa posição.

Paciente: Nossa sessão deve estar terminando; isso, de certa forma, quer dizer ‘não’.

Analista: Neste momento, como já estava na hora, eu disse: “Nesse caso, estou dizendo ‘não’, o quer dizer que, por hoje, chega de análise. Estou me interpondo entre você e a análise e mandando-o embora⁴⁷⁸.

Searles: Você o mandou embora! Caramba, finalmente chegaram aí. Mesmo não entendendo o caso, aproveitei a apresentação e percebi como Donald foi trabalhando com essa ideia de não-acontecido.

Winnicott: Esse era o objetivo, Harold. Você pôde perceber como eu estou atento às transições e movimentos, como tanto conversamos na reunião passada.

⁴⁷⁷ Ver Winnicott (1972/2010, p.101).

⁴⁷⁸ Ver Winnicott (1972/2010, pp.113-114, grifos meus).

Douglas: Estamos caminhando para o fim de nosso encontro. Integrarei o que produzimos juntos aqui hoje. Faço um comentário rápido dos casos.

Winnicott: Ok.

Douglas: No primeiro caso que vimos, a menina que sonhou com a tartaruga, conseguimos notar como Donald considera o momento do processo maturacional para realizar as suas intervenções – o que é condizente com um pensamento processual. Foi a sua preocupação com a dependência absoluta que lhe permitiu fazer a intervenção que ajudou a paciente. Com a apresentação de Harold do caso da senhora Joan Douglas, percebemos uma psicose de transferência em viva e em ação. Para você, o trabalho clínico tem duas dimensões: 1) a intrapsíquica: na qual ocorre a transferência dos relacionamentos objetivos primitivos e 2) a interpessoal: que se trata do relacionamento atual e entre os membros da dupla. Com isso, vimos como você atua considerando a articulação entre o atual e o infantil. Conseguimos notar, também, a sua maneira de trabalhar com os diferentes sentidos de realidade. Em certos momentos, a paciente está num funcionamento autista; em outros, num relacionamento simbiótico. Além disso, percebemos como você se preocupa em notar como os pacientes captam e trabalham com os núcleos de realidade da pessoa do analista. Por fim, nos foi possível compreender a existência do terapeuta simbiótico que tenta curar o analista.

Winnicott: Quanta coisa.

Douglas: Ainda tem mais.
O caso menino Iiro nos mostrou como Donald pensa a transferência. Em seu pensamento, há a esperança de que um encontro com outro significativo, o analista, possa fazer com que o paciente se repositone diante de seu *self*, num tipo de lição de objeto.

Searles: Gostei desse menino.

Douglas: Em nosso último caso, B. nos ajudou a acompanhar como Donald trabalha com a noção de não-acontecido. Você está atento ao que não foi possível ser experienciado pelo *self* e que o paciente precisará viver com o analista na sessão. Somente assim, o não-acontecido para ser uma experiência sob do domínio do Eu.

As citações diretas do caso nos possibilitaram visualizar como você trabalhou no registro da dependência e como foi ajudando o paciente a ir desenhando a entrada no Édipo. O não-acontecido dizia respeito à rivalidade com o pai, à capacidade de experimentar o impulso amoroso primitivo, à agressividade e à espontaneidade.

Searles: Sei que estamos indo para o fim, mas e a experiência⁴⁷⁹?

Winnicott: Não podemos terminar sem falar dela.

Douglas: Não me esqueci.

No pensamento de Harold, encontramos uma ideia implícita de experiência, apesar de você não usar esse termo. Penso que, para você, a transferência é um tipo de experiência emocional na qual o paciente experimentará um relacionamento humano que não foi experimentado na infância. Só assim podemos compreender a necessidade de os pacientes viverem a simbiose saudável com o analista. Na análise, nesse sentido, não basta uma compreensão intelectual ou o insight. Busca-se a experiência vivida com o analista. Um tipo de novo começo, para usar o termo de Balint.

Para Donald, a noção de experiência é fundamental e se relaciona com a teoria da transicionalidade. Cito um trecho duma carta sua para Money-Kyrle.

⁴⁷⁹ Aos interessados num trabalho abrangente e rigoroso sobre o tema da experiência em psicanálise, indico a tese de Klein (2020).

Isso me lembra que, num parágrafo da versão do ensaio que fiz circular antes da discussão de sexta-feira, eu disse que, além da capacidade para relações interpessoais e da elaboração de fantasias a elas relativas, além do mundo pessoal interno da realidade psíquica, existe uma terceira coisa, igualmente importante, que é *a experiência*. *A experiência é um trafegar constante na ilusão, uma repetida procura de interação entre a criatividade e aquilo que o mundo tem a oferecer. A experiência é uma conquista da maturidade do ego, à qual o ambiente fornece um ingrediente especial. Não é, de modo algum, alcançada sempre*⁴⁸⁰.

Douglas: É interessante notarmos como, em 1952, Donald conceitua a experiência⁴⁸¹ como um trafegar entre a ilusão de criação e o mundo. Foi esse tipo de pensamento que o levará a relacionar a experiência ao espaço potencial, lugar da brincadeira e da cultura, onde vivemos quando podemos quando podemos nos encontrar com o nosso *self* e com a realidade compartilhada.

Searles: Novamente, meus caros, vemos Donald Winnicott ser mais complexo do que Harold Searles. Continuem, estou adorando ouvir vocês.

(Risos)

Winnicott: A experiência ocorre nessa área entre o subjetivo e o objetivo, nesse interjogo.

Douglas: Considerando que a análise ocorre numa justaposição entre duas áreas do brincar, a experiência se dá justamente no espaço potencial. Nesse sentido, as intervenções, manejos e interpretações devem ir em direção ao espaço potencial. O papel do analista seria, desta forma, encontrar a interpretação criada. Dito de outro modo, o analista interpreta quando há o gesto que aponta para a interpretação, o que coloca ênfase no encontro e não da capacidade interpretativa do analista. É no encontro, no espaço potencial, no entre, que as interpretações possuem valor de experiência

⁴⁸⁰ Ver Winnicott (2005, p.53, grifos meus).

⁴⁸¹ Outro ponto que vale a pena ser ressaltado: para Winnicott, toda a experiência é psicossomática e se relaciona com a elaboração imaginativa das funções corporais (1990).

psíquica⁴⁸². Caso o contrário, sem um espaço de encontro e experiência constitutivo, corre-se o risco de intrusão e submissão do verdadeiro *self*, o que seria uma tragédia.

O psicanalista brasileiro Naffah Neto tem ótimas considerações sobre a experiência no pensamento de Donald. Vou citá-lo, considerando a sua clareza de exposição.

Uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio: esta, talvez, seja a definição mais sucinta que se poderia dar da obra winnicottiana, já que todo o sentimento de real que o bebê poderá vir a ter no mundo e de si próprio tem, necessariamente, de passar por essa zona da experiência. É por essa razão, penso eu – nenhuma outra – que a experiência constitui o ponto de vista central em torno do qual toda a teoria e a prática winnicottiana gravitam⁴⁸³.

Douglas: Em outro trecho, Naffah afirma que a clínica de Donald é uma clínica da experiência.

Significa precisamente que o valor terapêutico do processo analítico reside na possibilidade de oferecer ao analisando a chance de uma segunda vez, retomando processos traumatogênicos congelados no tempo e, então, paulatinamente, ir tornando as defesas desnecessárias e abrindo espaço à emergência da criatividade que elas encobrem. Em outros termos, poder, através da transferência, refazer analiticamente caminhos passados, possibilitando a passagem pela área da experiência de acontecimentos essenciais no amadurecimento, que dela ficaram clivados na história original. Com isso – especialmente nos casos-limites - possibilitar ao *self verdadeiro* vir a ter uma existência real⁴⁸⁴.

Winnicott: Por isso é importante colocar as experiências sob domínio do Eu.

Douglas: Sim, pois, somente assim, nos casos graves, sobretudo, pode-se ter alcançar Eu que viva a experiência e a coloque sob o seu domínio. A sua teoria do medo do colapso está baseada nesse princípio: houve um colapso num momento que precoce que não havia um Eu capaz de registrá-lo e dominá-lo. O que resta é a agonia. É um colapso catastrófico

⁴⁸² Ver Safra (2005b).

⁴⁸³ Ver Naffah Neto (2005, p.440, grifos do autor).

⁴⁸⁴ Ver Naffah Neto (2005, p.445, grifos do autor).

que não foi experimentado. Na análise, o paciente poderá vir a ter um Eu capaz de experimentar esse colapso e colocá-lo sob o seu domínio.

Searles: E o que o espaço potencial tem a ver com isso?

Winnicott: Tudo, pois é nesse espaço intersubjetivo que o paciente pode ter experiências reais e verdadeiras, oriundas de seu self e de sua criatividade, e, ao mesmo tempo, conviver com a realidade compartilhada.

Douglas: Sei que estou repetindo essa frase muitas vezes, mas aqui é cabe perfeitamente: *“tudo que não invento é falso”*. A experiência, nestes termos que estamos tratando aqui, é verdadeira porque é experimentada no espaço potencial.

Winnicott: Ótimo resumo.

Douglas: Espero que a nossa reunião tenha sido uma experiência para nós três.

Searles: Vocês sempre reclamam de mim, mas hoje não falei demais; fiquei quieto ouvindo vocês. Espero um elogio.

(Risos)

Winnicott: Sinto que já conseguimos ter bons avanços em nossas conversas. Elas têm sido valiosas. Mas acho que podemos finalizá-la, pelo menos por um tempo. Talvez um dia possamos voltar a nos reunir.

Douglas: Uma pena, mas estou de acordo. Sugiro que tenhamos mais uma reunião para fecharmos os nossos encontros com uma conversa sobre a contratransferência.

Searles: Também acho que devemos finalizar os nossos encontros. E precisamos falar sobre a contratransferência, sem dúvida.

Douglas: Nos vemos em quinze dias.

Winnicott: Tchau, boa tarde.

Searles: Bom descanso.

CAPÍTULO 5

A CONTRATRANSFERÊNCIA E CAPACIDADE DE O ANALISTA ODIAR

Leitores e leitoras,

O ponto final se aproxima. Antes dele, temos a nossa última parada.

Em nossa reunião anterior, vimos como a noção de experiência se articula com a transferência. Uma análise só é transformadora na medida em que pode proporcionar *experiências humanas significativas*.

Resta-nos conversar sobre a outra figura participante da dupla analítica: *o analista e a sua maneira de experimentar a análise*. Chegamos, afinal, ao tema da *contratransferência*.

A contratransferência tem uma longa história. Se em Freud ela é um mal a ser evitado, um erro decorrente dos pontos cegos do analista, no pensamento de outro pioneiro da psicanálise, Ferenczi, a contratransferência ganhou um destino diferente. Foi o espírito criativo de Ferenczi quem deu a devida atenção à subjetividade do analista e sua participação na análise⁴⁸⁵.

Foi nos anos 40 e 50 do século XX que a contratransferência passou a ser compreendida como um importante instrumento clínico importante. Trabalhos como os de Racker⁴⁸⁶, Heimann⁴⁸⁷ e Little⁴⁸⁸ foram fundamentais para essa mudança em relação ao valor clínico da contratransferência. Winnicott⁴⁸⁹ e Searles⁴⁹⁰ também fazem parte desse mesmo momento histórico⁴⁹¹.

Em 1947, o nosso companheiro inglês publicou “*Ódio na contratransferência*”, trabalho no qual ele apresentou a sua primeira contribuição sobre a contratransferência na condução de casos de psicose. Grosso modo, Winnicott legitimou o afeto odioso do

⁴⁸⁵ Ferenczi (1990).

⁴⁸⁶ Ver Racker (1953/1982).

⁴⁸⁷ Ver Heimann (1950/2003).

⁴⁸⁸ Ver Little (1951/2003).

⁴⁸⁹ Ver Winnicott (1947/2000).

⁴⁹⁰ Ver Searles (1948/1978-1979).

⁴⁹¹ Não me cabe aqui fazer um levantamento exaustivo do conceito de contratransferência. Fiz essa pequena introdução apenas para indicar algumas das mudanças ocorridas durante os mais de cem anos da psicanálise e como os nossos interlocutores estão inseridos nessa história.

analista e o considerou parte essencial do processo de análise. Além do mais, a pessoa real do analista e a sua interação atual com o paciente ganharam legitimidade no trabalho clínico.

Enquanto isso, em terras americanas, Searles, em 1948, ainda um jovem analista em formação, escreveu o artigo⁴⁹² “*Concerning transference and countertransference*”⁴⁹³. Ele enfatizou o que era uma inovação no final dos anos 40: a participação da pessoa real do analista na constituição da transferência-contratransferência. O analista não era mais apenas uma “(...) tela em branco à espera das tintas coloridas da projeção; ele oferecia algumas cores para o analisando usar na pintura do quadro transferencial-contratransferencial”⁴⁹⁴.

Dando continuidade ao nosso trabalho, veremos como Winnicott e Searles pensam e trabalham a contratransferência. Depois de alcançarmos uma compreensão consistente sobre ela, caminharemos rumo a um tipo específico de fenômeno contratransferência: o ódio do analista. Como vocês poderão perceber, Winnicott e Searles possuem contribuições consistentes sobre esse tema. Ao final, destacarei *a capacidade de o analista odiar o seu paciente*.

Como de costume, reencontramo-nos no intervalo.

Até breve.

⁴⁹² Para informações sobre a história do citado artigo, ver Langs e Searles (1980), Pereira e Coelho Junior (2022).

⁴⁹³ Ver Searles (1948/1978-1979).

⁴⁹⁴ Em Pereira e Coelho Junior (2022, p.50).

Dez de novembro num ano qualquer...num mundo virtual...

Douglas: Olá, companheiros.

Winnicott: Douglas, o seu áudio está péssimo. A sua voz está robótica.

Douglas: Sério? Vou tentar arrumar o meu som.

(Breve silêncio)

Searles: Ainda não te ouço bem.

Douglas: E agora? Me ouvem? Mudei a rede da minha internet.

Winnicott: Não, continuamos escutando a mesma voz de robô.

Douglas: Peraí.

(Silêncio)

Douglas: Que saco. Minha internet está uma merda. Vou sair da reunião e já volto.

Searles: Aguardamos você.

Winnicott: Os nossos encontros têm sido proveitosos, não é mesmo?

Searles: Achei absurda a ideia dessas reuniões *online* e desconfiei do valor desse tipo de encontro à distância. Percebo que estava enganado, felizmente.

Winnicott: Mas tudo tem começo, meio e fim.

Searles: Se a gente for fazer uma análise detalhada de tudo o que escrevemos, de nossos inúmeros trabalhos publicados em revistas ou em livros, um ano de reunião semanal é pouco.

Winnicott: Desejo o término de nossas reuniões, pois as considero ótimas, e por isso precisam ser experimentadas como um processo que tem o seu final. Avançarmos mais do que isso arruinaria o que construímos até aqui. Vamos jogar a espátula no chão⁴⁹⁵.

Searles: Hoje, finalmente, vamos conversar sobre a contratransferência, elemento essencial em meu pensamento clínico⁴⁹⁶.

Douglas: O seu trabalho é uma reflexão contínua sobre a transferência e da contratransferência numa análise⁴⁹⁷.

Winnicott: Você voltou.

Douglas: Me ouvem bem?

Winnicott: Sim, escutamos a sua voz humana.

Douglas: Que alívio. Chegamos à contratransferência.

Winnicott: Nós já falamos isso, Douglas.

Douglas: Vixi, estou repetindo o que vocês já falaram?

Winnicott: Sim.

Searles: Você está sendo repetitivo, Douglas! Como é bom dizer isso.

⁴⁹⁵ Ver Safrá (1999).

⁴⁹⁶ Ver Searles (1972d/1979).

⁴⁹⁷ Ver Ogden (2014).

(Risos)

Douglas: Está certo. Para me redimir desse retorno afobado e de minha repetição inesperada, faço uma nova sugestão.

Winnicott: E qual é a novidade agora?

Douglas: Sugiro que a gente discuta um fenômeno contratransferencial específico: *o ódio no analista*.

Searles: A contratransferência é um conceito de extrema importância clínica, pois é por meio das vivências subjetivas do terapeuta que temos acesso ao que transpira na relação entre paciente e terapeuta, imagino que saibam disso, já que vocês também atendem casos difíceis. Não é possível pensarmos na análise de pacientes esquizofrênicos sem que se considere a contratransferência do terapeuta; negar ou desconsiderar os sentimentos desse último é um erro grosseiro, pois, de fato, analisar esse tipo de paciente significa trabalhar a partir de nossa contratransferência, não há outro jeito de analisar pacientes graves⁴⁹⁸.

Winnicott: Um termo artificial como contratransferência pode se desgastar e vir a designar qualquer coisa⁴⁹⁹.

Douglas: O uso irrestrito de um conceito pode fazer com que ele perca o seu sentido. Se tudo é contratransferência, nada é contratransferência.

Searles: Por que você deseja discutir o ódio do analista?

Douglas: Vocês dois bem sabem como alguns pacientes despertam o nosso ódio. Para que o nosso ódio não prejudique a análise, ele precisa ser reconhecido, legitimado e suportado pelo analista. Caso contrário, a

⁴⁹⁸ Ver Searles (1972d/1979).

⁴⁹⁹ Ver Winnicott (1960b/2022).

gente corre o risco de ser sentimental demais — numa formação reativa — ou podemos atuar o ódio⁵⁰⁰.

Winnicott: O sentimentalismo é uma maneira de negar o ódio.

Douglas: É comum se enfatizar a capacidade de o analista sonhar, oferecer sustentação e continência, ofertar interpretações e realizar manejos oportunos e transformativos. Mas pouco se fala sobre *capacidade de o analista odiar os seus pacientes*. É sobre esse ódio que quero conversar.

Searles: Adorei o tema.

Douglas: Se o ódio do analista não é compreendido como um fenômeno legítimo, ele passa apenas a ser visto como um erro contratransferencial. Não estou me referindo às falhas relativas à neurose do analista. Elas existem e fazem parte de qualquer análise, pois somos humanos e temos as nossas limitações para acompanhar os pacientes, independentemente da quantidade de anos deitados no divã — a vida é maior do que qualquer análise.

Winnicott: Podemos cometer atrocidades contra os pacientes, caso não tenhamos clareza da existência de nosso ódio. Pacientes psicóticos são irritantes. Com psicóticos, o analista, inevitavelmente, entrará em contato com o seu ódio. O importante é ter a capacidade de reconhecer e suportar esse sentimento⁵⁰¹.

Searles: É claro que precisamos lidar com o nosso ódio em todos os tipos de casos que atendemos, já que ele faz parte da vasta gama de afetos humanos, mas algumas pessoas nos provocam mais ódio do que outras, como nos casos de pacientes esquizofrênicos e *borderlines*, pelo menos essa é a minha experiência como um terapeuta que tem décadas de trabalho com

⁵⁰⁰ Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁰¹ Ver Winnicott (1947/2000).

os esses tipos de pacientes, seja no hospital, no consultório particular ou em minha prática de entrevistas de ensino⁵⁰².

Comece, Douglas, coloque o seu ódio em dia.

Douglas: Conversar sobre o ódio do analista é uma maneira de me sentir mais à vontade com o meu ódio. Assim como você, eu não tenho problemas em expor o meu ódio. A assepsia analítica não faz parte de meu modo de ser analista. Acredito numa análise que se aproxima da vida cotidiana, o que de maneira alguma significa trabalhar sem rigor. No “*Diário Clínico*” de Ferenczi encontramos uma passagem interessante sobre isso.

Visando doravante desmascarar com conhecimento de causa aquilo a que se chama “transferência” e “contratransferência” como sendo os esconderijos prediletos dos mais importantes obstáculos para o término de *todas* as análises, chega-se quase à convicção de que nenhuma análise pode ter êxito enquanto não forem superadas as falsas diferenças que se supõe existirem entre “situação analítica” e vida normal, assim como a fatuidade e o sentimento de superioridade ainda costumeiros em certos analistas à respeito do paciente⁵⁰³.

Winnicott: Interessantíssimo.

Douglas: A análise é um encontro humano vivo — obviedade que merece ser repetida.

Searles: Estou de acordo com essa afirmação de Ferenczi. Reconheço que o conceito de transferência pode ser utilizado para nos escondermos e sermos hipócritas com nossos pacientes.

Douglas: É verdade, não tenho dúvida.

Winnicott: Quero falar sobre o que escrevi em dois de meus textos sobre a contratransferência.

⁵⁰² Ver Searles (1965).

⁵⁰³ Ver a entrada de 18 de junho de 1932 (1990, p.170, grifo do autor).

Douglas: Imagino que você se refira aos artigos “*Ódio na contratransferência*⁵⁰⁴” e “*Contratransferência*⁵⁰⁵”.

Winnicott: Em meu texto de 1947, que é basicamente sobre ódio, realizei uma classificação dos fenômenos contratransferenciais.

Douglas: Essa é a sua classificação:

Anormalidade nos sentimentos contratransferenciais, e relacionamentos e identificações padronizados que são reprimidos pelo analista. O comentário a esse respeito é que o analista precisa de mais análise, e costumamos acreditar que se trata de um problema menos grave entre os psicanalistas do que entre os psicoterapeutas em geral.

As identificações e tendências oriundas da experiência e do desenvolvimento pessoal do analista, que fornecem o *setting* positivo para seu trabalho analítico e tornam esse trabalho qualitativamente diferente do que qualquer outro analista. Desses dois tipos de fenômenos eu distingo a contratransferência verdadeiramente objetiva ou, se isso for difícil, o amor e o ódio do analista em reação à personalidade e ao comportamento reais do paciente, com base numa observação objetiva⁵⁰⁶.

Você distingue três modalidades de contratransferência.

- 1) A primeira se aproxima do conceito clássico, aquele que se refere à *reação do analista diante da transferência do paciente*. Os nossos pontos cegos se relacionam com as identificações e conteúdos reprimidos. Quando nos referimos às identificações, pensamos em aspectos subjetivos do analista vividos numa etapa primitiva de seu desenvolvimento, quando ainda não havia distinção entre o subjetivo e o objetivamente percebido; ao falarmos das relações objetais, estamos lidando com os elementos biográficos relativos à etapa do desenvolvimento na qual já há a capacidade de distinção entre subjetivo e objetivo e houve a conquista dos relacionamentos entre pessoas totais. A palavra central aqui é *reação*. Nesse sentido, a contratransferência pode prejudicar o trabalho analítico e precisa ser

⁵⁰⁴ Ver Winnicott (1947/2000). Sobre a história desse artigo de Winnicott, indico o excelente texto de Kahr (2011).

⁵⁰⁵ Ver Winnicott (1960b/2022).

⁵⁰⁶ Ver Winnicott (1947/2000, p.278).

minimizada, sendo que a análise do analista é o meio pelo qual podemos diminuir esse tipo de reação contratransferencial.

- 2) A segunda modalidade diz respeito às *identificações pessoais do analista que o auxiliam na condução da análise*. São identificações e características pessoais que favorecem a análise, tanto aquelas relacionadas às identificações primitivas subjetivas, quanto àquelas que se referem aos relacionamentos objetivos propriamente ditos. O principal é a *personalidade do analista a favor do trabalho analítico*. Cada analista tem sua forma singular de existir. *A palavra-chave aqui é personalidade*.

Winnicott: E a terceira forma de contratransferência é aquela objetiva.

Searles: Contratransferência objetiva?

Douglas: Sim, e ela é muito importante.

- 3) *A contratransferência objetiva trata dum tipo de interação real e atual entre a dupla analítica*. Repito a definição de Donald: a contratransferência objetiva é “(...) o amor e o ódio do analista em reação à personalidade e aos comportamentos reais do paciente, com base numa observação objetiva⁵⁰⁷”. Destaco *as expressões comportamentos reais e observação objetiva*. Os sentimentos do analista são condizentes com o modo como o paciente se comporta na interação real e atual da dupla. Não se trata, portanto, duma reação neurótica do analista.

Winnicott: Penso que os analistas que se propõem a tratar certos tipos de pacientes, e aqui incluo os psicóticos e os antissociais, devem estar cientes de sua contratransferência objetiva em relação ao comportamento dos pacientes⁵⁰⁸.

⁵⁰⁷ Ver Winnicott (1947/2000, p.278).

⁵⁰⁸ Ver Winnicott (1947/2000).

Douglas: Quando você sublinha a palavra ‘objetiva’, Donald, assim o faz para destacar que está tratando de uma *resposta do analista real em interação atual com um paciente real*. Há uma distinção entre a contratransferência como reação do analista, mobilizado por suas identificações e pelo reprimido, daquele tipo de fenômeno que *é uma reação objetiva e atual ao modo de ser e se relacionar do paciente na análise*.

Por que essa distinção é importante? Porque, em meu entendimento, permite que a gente discrimine diferentes fenômenos que, a princípio, podem ser considerados idênticos, mas que possuem qualidades distintas. Uma coisa é pensar nos pontos cegos do analista e nos equívocos e impasses que eles produzem; outra é reconhecer os efeitos amorosos e odiosos decorrentes da interação atual entre a dupla analítica. Não sei se o termo contratransferência objetiva é bom.

Winnicott: Faça o exercício de utilizar o seu pensamento e a sua linguagem, Douglas. Continuarei usando contratransferência objetiva, mas isso não impede que você proponha outro termo para designar este tipo de interação que descrevo.

Douglas: Difícil nomear algo, nossa!

Winnicott: Seguindo a minha forma de pensar, considero que continuamos sendo nós mesmos quando atendemos, mas estamos numa posição profissional. Em minha atitude profissional, trabalho a partir de meu Eu corporal. Ideias e sentimentos surgem, mas elas são bem examinadas antes de realizar interpretações. O analista é objetivo e consistente na sessão, sem assumir papéis inadequados como os de professor, salvador ou moralista. E aqui a análise do analista é importante, pois é ela que lhe permite manter a postura profissional sem tanto esforço⁵⁰⁹.

⁵⁰⁹ Ver Winnicott (1960b/2022).

Searles: A análise pessoal é indispensável, apesar de ter ressalvas quanto à minha⁵¹⁰. Nos casos de pacientes esquizofrênicos, se o analista não tiver condições de entrar em contato com os seus aspectos mais primitivos, não será capaz de se aproximar dos pacientes⁵¹¹.

Winnicott: Considerando o que foi por mim exposto, a contratransferência só pode dizer respeito aos aspectos neuróticos que estragam a atitude profissional e prejudicam o trabalho analítico.

Douglas: Quero fazer a citação dum trecho:

Na minha opinião isso se verifica, exceto nos diagnósticos de certo tipo, e quero descrever agora as espécies de diagnósticos que a meu ver alteram todo o problema e me fazem desejar concordar com a afirmação que acabo de discordar. O tema sob discussão agora poderia ser intitulado o *papel do analista*; é esse papel que pode variar de acordo com o diagnóstico do paciente. Nenhum conferencista teve tempo para se referir mais do que brevemente à questão do diagnóstico (embora Fordham citasse Jung: “Está claro, contudo, que tem certeza de que o paciente pode ter efeitos drásticos no analista e que isso pode induzir manifestações patológicas nele”). Ele afirma que é justamente isso que encontramos no tratamento de casos de esquizofrenia *borderline*; e Jung desenvolve esse tema de modo interessante. Estou, por isso, falando de uma posição diferente, e a mudança vem do fato de agora me referir ao manejo e tratamento de casos *borderline* para os quais a palavra ‘*psicótico*’ é mais apropriada do que *neurótico*⁵¹².

Seguindo coerentemente a sua teoria do desenvolvimento emocional, você deixa claro que precisamos pensar em termos de diagnóstico processual e do amadurecimento. Uma coisa é considerar a análise com pacientes neuróticos, pessoas totais que se relacionam com outras pessoas totais e podem viver uma experiência de si nas qual a instintualidade, a sexualidade e agressividade são conquistas pessoais; outra coisa é o trabalho com pacientes regredidos que não alcançaram esse tipo de experiência pessoal de si e do outro⁵¹³.

⁵¹⁰ Ver Langs&Searles (1980).

⁵¹¹ Ver Searles (1975/1979).

⁵¹² Ver Winnicott (1960b/2022, pp.207-208, grifos do autor).

⁵¹³ Neste trecho, além dos pacientes que precisam de regressão à dependência, Winnicott (1960a/2022) menciona os casos de pessoas antissociais. Devido ao nosso objetivo, não discorremos sobre a tendência antissocial.

Com esse tipo de paciente que necessita regredir, o mais interessante é pensarmos em termos do *papel do analista* que precisará realizar um manejo ambiental. Esse manejo é amplo e, em certas situações, pode demandar um cuidado ambiental que abarque a família, outros profissionais, psiquiatras e acompanhantes terapêuticos, além da comunidade da qual o paciente faz parte.

Winnicott: O paciente regredido atravessa a barreira do que chamo atitude profissional, pois força um tipo de relacionamento direto, buscando a fusão com o analista⁵¹⁴. Com certo paciente, fui agredido fisicamente. O que lhe disse não pode ser publicado. Não foi nenhuma interpretação, mas uma reação à situação. Esse tipo de reação não é o mesmo que contratransferência no sentido de reação neurótica do analista.

Douglas: Você reagiu de acordo com a atualidade da interação entre você e o paciente.

Searles: Eu já morri de vontade de socar um paciente esquizofrênico⁵¹⁵. No caso de Joan Douglas, cheguei a temer por sua segurança física, considerando que eu questionava a minha capacidade de me controlar e não vir a matá-la⁵¹⁶. Mas que fique claro que nunca atuei dessa forma e cheguei a agredir alguém.

Douglas: O seu esforço, Donald, é distinguir a contratransferência no sentido clássico daquilo que podemos chamar de *papel do analista diante do paciente regredido*. A sua maneira de pensar a contratransferência está ligada ao modo como faz um diagnóstico processual e maturacional do paciente numa determinada situação clínica. Mais uma citação sua:

⁵¹⁴ Ver Winnicott (1960b/2022).

⁵¹⁵ Ver Searles (1958/1997).

⁵¹⁶ Ver Langs & Searles (1980).

Não seria melhor, nesse ponto, *devolver ao termo “contratransferência” o sentido* daquilo que esperamos eliminar mediante seleção e análise e formação de analistas? Isso nos deixaria livres para discutir as muitas coisas de interesse que analistas podem fazer por pacientes psicóticos que estão temporariamente regredidos e dependentes, para os quais se poderia usar o termo de Margaret Little: a resposta total de analista às necessidades do paciente. Sob esse título ou outro similar há muito a dizer sobre o uso que o analista pode fazer de suas próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica desse paciente no *self* do analista, e sobre o efeito disso na atitude profissional do analista⁵¹⁷.

Douglas: Com pacientes regredidos, faz parte do papel do analista usar, a favor da análise, suas reações conscientes e inconscientes diante do paciente. O que essas reações podem dizer sobre o caso? O que meu modo de experimentar a presença do paciente me ajuda a compreender o que se passa na análise? São perguntas importantes que não podem ser reduzidas à contratransferência do analista.

Searles: Estou de pleno acordo.

Douglas: Articulando os seus trabalhos, Donald, podemos afirmar que o que você chamou de contratransferência objetiva é o seu modo de reconhecer um tipo de experiência clínica no qual os fenômenos vividos pelo analista não são da ordem da contratransferência reativa. *Há um tipo de experiência vivida na interação atual da dupla analítica, e isso é parte importante da análise.* Se fôssemos pensar em termos contemporâneos, diríamos que você diferencia a reação neurótica do analista daquilo que é um fenômeno intersubjetivo construído na interação da dupla.

Winnicott: Você pode dizer isso dum modo pessoal?

Douglas: Hã...

Winnicott: Não tenha pressa.

⁵¹⁷ Ver Winnicott (1960b/2022, p.211, grifos do autor).

(Longo silêncio)

Douglas: Como a contratransferência objetiva não é uma reação à transferência do paciente, não acredito que usar o termo seja coerente. Penso que podemos usar *contratransferência para as reações conscientes e inconscientes do analista diante da transferência do paciente, e utilizarmos o termo experiência emocional atual do analista quando formos nos referir à maneira como o analista experimenta o modo de ser e se relacionar do paciente*. Esse é o meu modo de descrever as coisas.

Winnicott: Não gostei, mas o que importa é a sua tentativa de dizer as coisas de seu jeito.

Douglas: Nossa, me lembrei duma situação vivida num congresso. Numa mesa dum conhecido evento de psicanálise, apresentei um trabalho sobre o ódio do analista. Contava a minha experiência de ter vivido um intenso ódio de alguns pacientes que atendia no Caps Ad. Ao final de minha exposição, um colega, num tom de reprimenda, me falou de minha contratransferência e retirou o valor de meus argumentos como se estivéssemos falando de minhas dificuldades neuróticas diante dos casos. Sem dúvida elas estavam presentes, e eu nunca deixei de reconhecer o impacto delas em meu trabalho, mas o fato de eu relatar o meu ódio soou como um erro, e não como um elemento importante para a compreensão do caso. O analista não pode odiar, porra?

Searles: Moralistas filhos da puta!

Douglas: Se o evento fosse hoje, faria uma apresentação diferente e destacaria *essa diferença entre a contratransferência e a experiência emocional atual do analista*.

Winnicott: Não escutei a sua apresentação, mas, pelo que você nos contou, o colega que lhe repreendeu não tem experiência em atender psicóticos. O nosso ódio é inevitável, e senti-lo é parte da análise⁵¹⁸.

Douglas: No meio analítico, existe muita gente que desconhece a história de nossa disciplina, o que, infelizmente, impede que compreendam os desdobramentos e os avanços conceituais duramente conquistados pelos nossos antecessores. Algumas pessoas vivem como se estivessem na década de 30 do século passado.

(Breve silêncio)

Certos pacientes, penso nos casos *borderlines*⁵¹⁹, procuram encontrar o analista em sua personalidade, pois somente assim podem sentir num relacionamento verdadeiro e real. Essas pessoas estão atentas às falsidades nos relacionamentos. São profundamente sensíveis ao que é falso.

Eis duas situações.

Na primeira delas, no início de minha prática clínica, uma paciente buscava me encontrar em minha personalidade, esperando interagir com um analista humano que pudesse ser tocado pelo sofrimento que ela compartilhava. Por inexperiência, me contive, e, ao invés de encontrar um ambiente humano que pudesse compartilhar o seu sofrimento, ela se deparou com a figura estereotipada dum analista inabalável.

Na segunda situação, anos depois, com um paciente numa situação parecida, consegui receber a sua comunicação e me mostrar vivo e humano. O que fiz? Deixei que ele percebesse o quanto eu fui tocado por sua comunicação. Não expus o que pensei ou senti, mas consegui transmitir que estávamos num relacionamento verdadeiro e como as suas comunicações me tocavam genuinamente. Esses pacientes buscam viver uma interação humana verdadeira, com toda a gama de sentimentos envolvidos numa análise, tanto amorosos quanto odiosos, pois são

⁵¹⁸ Ver Winnicott (1947/2000).

⁵¹⁹ Ver Winnicott (1960b/2022).

radares de falsidades. Não vamos reproduzir a hipocrisia do analista, tão bem denunciada por Ferenczi na década de 30⁵²⁰.

O grande analista e escritor Pontalis, admirador de vocês dois, fez uma consideração interessante sobre a contratransferência. Para ele, existe um nível de contratransferência originária, ou pré-contratransferência, que move a nossa prática analítica⁵²¹. Em meu modo de entender a afirmação de Pontalis, penso que ele trata duma disponibilidade pessoal para receber os outros humanos em suas especificidades. A contratransferência originária, nesse sentido, antecede a transferência. Se trata dum modo pessoal e singular de o analista acolher os modos dos pacientes existirem e sofrerem. Para designar isso que Pontalis chama de contratransferência originária, prefiro o termo *disponibilidade pessoal do analista*.

Winnicott: E você, Harold, o que tem a dizer sobre o que estamos conversando?

Douglas: Não atice ele, por favor.

(Risos)

Searles: Em meu trabalho, a contratransferência é um conceito fundamental⁵²². Uso a definição encontrada no trabalho editado por Moore e Fine e publicado pela Associação Psicanalítica Americana em 1967: a contratransferência se refere às atitudes e sentimentos, em parte apenas conscientes, do analista diante dos pacientes⁵²³.

Winnicott: É uma visão ampla do termo.

Searles: Desde o meu livro sobre o ambiente não-humano, tenho trabalhado a importância clínica da contratransferência. Em minha maneira de compreendê-la, não foco nos pontos cegos do terapeuta e suas reações

⁵²⁰ Ver Ferenczi (1990).

⁵²¹ Ver Pontalis (1977/2005).

⁵²² Ver Searles (1972d/1975).

⁵²³ Ver Searles (1986c).

neuróticas ou psicóticas que prejudicam a análise, elas existem e precisam ser consideradas; *o que eu enfatizo são as reações emocionais do analista frente ao paciente*, isso é o que me interessa na contratransferência⁵²⁴.

Douglas: É um modo contemporâneo de pensar a contratransferência.

Searles: Não sei, Douglas, é?

Douglas: Me parece que sim.

A partir dessa definição simples a abrangente, você considera que contratransferência se refere aos sentimentos e comportamentos, apenas em parte conscientes, do analista diante do paciente. Penso que você assim procede porque necessita de um operador clínico para interpretar a gama de experiências que o analista vive no trabalho com pacientes esquizofrênicos⁵²⁵. É por meio do conceito de contratransferência que você apreende o que se passa na interação entre a dupla analítica.

Searles: Ora, como trabalhar com esse tipo de paciente, esquizofrênicos crônicos, que podem oscilar e viver em modos autistas e simbióticos de interação com o mundo e com o analista, sem considerarmos a maneira como ele nos afeta? Seria uma sandice desconsiderar a contratransferência.

Douglas: *Para você, a contratransferência é o fenômeno pelo qual o analista capta as comunicações não-verbais dos pacientes. As experiências primitivas do Eu do paciente, anterior a qualquer uso de palavras, serão captadas pelo analista por meio de seus sentimentos, sensações corporais e pensamentos.* Essas experiências estão relacionadas aos estados autistas e simbióticos, ou seja, ao modo de funcionamento egóico anterior à aquisição da capacidade de se relacionar como uma pessoa separada das demais⁵²⁶. A palavra central aqui é *comunicação*⁵²⁷.

⁵²⁴ Ver Searles (1961a/1965).

⁵²⁵ Ver Searles (1972d/1965; 1986c).

⁵²⁶ Ver Searles (1971/1979).

- Winnicott:** A contratransferência como um modo de comunicação?
- Searles:** É a maneira pela qual o terapeuta pode captar o que se passa entre ele e o seu paciente. Essa é o meu jeito de utilizar a contratransferência com pacientes cuja comunicação verbal não existe ou está prejudicada. Douglas captou algo importante de meu pensamento, a ênfase no aspecto não-verbal da análise. Nada mais coerente, se tivermos em mente que estou tratando de pacientes abertamente delirantes. A dimensão verbal tem uma importância pequena se for comparada aos casos de pacientes neuróticos; o que não quer dizer que eu não interprete verbalmente, mas assim o faço de acordo com o modo de funcionamento egóico do paciente num dado momento duma sessão.
- Douglas:** Você se aproxima da maneira como Bion trabalha a identificação projetiva. Não nos cabe aqui discutir a relação entre você e Bion, mas não podemos deixar que apontar como vocês, separados por um oceano e estando inseridos em contextos analíticos tão distintos, construíram hipóteses sobre a psicose que dialogam⁵²⁸.
- Searles:** Bion é um analista respeitável.
- Winnicott:** Um pensador original que conseguiu seguir um caminho pessoal. Apesar de sua proximidade com o grupo kleiniano mais ferrenho, ele soube construir um percurso próprio. Isso deve ser valorizado.
- Douglas:** Harold possui uma teoria da contratransferência coerente com a sua forma de trabalhar a articulação entre o intrapsíquico e o interpessoal. Neste sentido, *a contratransferência é o meio pelo qual o analista pode ter acesso à dinâmica transferencial e ao relacionamento interpessoal atual entre a dupla analítica*. Este é outro ponto de coerência interna de seu pensamento: ora, se a sua maneira de pensar a contratransferência foi

⁵²⁷ Ver Searles (1972d/1979).

⁵²⁸ Ver Bion (1962/2021).

construída com base em casos de pacientes esquizofrênicos, como não enfatizar o aspecto não-verbal da análise, visto que essas pessoas possuem um nível de desenvolvimento egóico autista ou simbiótico, ou até mesmo vivem num mundo predominantemente não humano? Vale repetir: no modo autista de funcionamento egóico⁵²⁹, o paciente vive a análise como se não houvesse uma relação com o analista, que por sua vez se sente não se relacionando com outro humano, algo angustiante e desesperador. Já no modo simbiótico há uma indiferenciação entre os membros da dupla analítica, pois as barreiras egóicas não estão bem delimitadas. Essa indiferenciação tanto pode ser saudável, o que leva o paciente a cada vez ir se integrando e se diferenciando; ou pode ter uma qualidade patológica, o que mantém um tipo de indiferenciação onipotente⁵³⁰.

Searles: Trabalhar com a esquizofrenia é trabalhar, predominantemente, a contratransferência do analista.

Douglas: Sobre a contratransferência como instrumento clínico, menciono um trecho de seu artigo intitulado “*Contratransferência e modelo teórico*”⁵³¹:

Essa abordagem não tem a intenção de fornecer gratificação narcisista ao analista-pesquisador; ao contrário, sua personalidade e, especialmente, seu senso de identidade são encontrados, em um profissional após o outro, como um instrumento científico altamente sensível e confiável que fornece dados sobre o que está acontecendo, muitas vezes em áreas não verbalizáveis pelo paciente na situação de tratamento⁵³².

Winnicott: Assim como eu costumo ressaltar, você deixa claro que, independentemente da psicopatologia dos pacientes, continuamos profissionais.

⁵²⁹ Ver Searles (1970/1979).

⁵³⁰ Ver Searles (1965; 1979).

⁵³¹ Ver Searles (1972d/1979).

⁵³² Ver Searles (1972d/1979). No original: “This focus is not intended as a means of providing narcissistic gratification to the analyst-researcher; quite to the contrary, his personality and especially his sense of identity is found, in one practitioner after another, to be a most sensitive and reliably informative scientific instrument providing data as to what is transpiring” often in areas not verbally articulable by the patient in the treatment situation (p.376).

Searles: Se faz necessário esse tipo de ressalva, Donald, pois alguma pessoa desavisada poderia pensar que estou propagando que o analista abuse de seu narcisismo. O que faço é destacar como as alterações no sentido de identidade do analista constituem importantes sinais do que se passa na interação entre ele e o seu paciente.

Douglas: Gosto da maneira como você pensa a noção de identidade como órgão perceptivo. Você escreveu:

À luz dos conceitos anteriores, o senso de identidade de alguém surge como sendo, de forma tangível e extremamente dinâmica, o seu órgão mais valioso para perceber o mundo. Quando essa função essencial do senso de identidade é compreendida, torna-se compreensível por que a construção de uma identidade nos parece tão infinitamente fascinante e significativa. A luta pela identidade não é um mero interesse narcisista, mas, sim, entre suas outras significâncias fundamentais, uma luta para moldar e aperfeiçoar incessantemente o potencialmente instrumento mais sensível e confiável para apreender psicologicamente o mundo exterior⁵³³.

Searles: As mudanças e flutuações no sentido de identidade são indicadores do que transpira na análise, ainda mais quando estamos tratando de pacientes que necessitam se relacionar simbioticamente com o terapeuta. E é aqui uso os conceitos de introjeção e projeção para pensar como se dá essa comunicação em um nível não-verbal.

Winnicott: Discordo, repito, pois não podemos pensar em projeções e introjeções quando estamos tratando de momentos tão precoces do desenvolvimento. Precoce não é primitivo.

⁵³³ Ver Searles (1966-1967/1979). Ver no original: “In light of the foregoing concepts, one’s sense of identity emerges as being, in a tangible and thoroughly dynamic sense, one’s most valuable organ for perceiving the world. When this essential function of the sense of identity is grasped it becomes understandable why the fashioning of an identity seems to us so endlessly fascinating and significant. The struggle for identity is no mere narcissistic interest but is rather—among its other fundamental significances—a struggle to fashion and ceaselessly perfect one’s potentially most sensitive and reliable instrument for psychologically grasping the outer world.”

Searles: É por meio desses conceitos que consigo pensar na comunicação inconsciente entre terapeuta e analista⁵³⁴. Este é o modo de tratar esse assunto, a saber, a comunicação, Winnicott.

Douglas: Leio outra passagem de seu artigo sobre identidade⁵³⁵:

Em uma sucessão de artigos, descrevi o processo pelo qual meu senso de identidade tornou-se suficientemente vivo para mudar, aberto a relacionamento, consciente da mudança através da mudança em si mesmo, *de modo que é agora minha fonte de dados mais confiável sobre o que está acontecendo entre o paciente e eu, e dentro do paciente*. Eu descrevi, com efeito, o “uso” de tais flutuações no sentido de identidade como sendo uma fonte primordial de descoberta, no trabalho com um paciente, não apenas processos de contratransferência, mas também processos transferenciais, novas facetas em desenvolvimento da própria autoimagem do paciente, e assim por diante (...) ⁵³⁶.

Searles: As flutuações no sentido de identidade do analista dão indícios do que se passa na interação entre ele e o seu paciente. O analista pode sentir alterações em si que não condizem com o seu modo de ser. Vou dar um exemplo. Após entrevistas de ensino com pacientes esquizofrênicos que negavam as suas partes loucas e sádicas e as atribuíam a mim, num tipo de simbiose patológica, no caminho de meu consultório me peguei dirigindo em alta velocidade como se eles estivessem embaixo de minha pele⁵³⁷.

Douglas: Eu me estranho depois de atendimentos com pacientes graves. Posso ser assaltado por pensamentos não condizentes com o meu modo de ser me sinto perdido para atender os outros pacientes que estavam na agenda daquele dia, e isso atrapalha a condução dos casos de outras pessoas, pois certos pacientes permanecem conosco na sala de análise, mesmo depois

⁵³⁴ Ver Searles (1958/1997) e Pereira & Coelho Junior (2022).

⁵³⁵ Ver Searles (1966-1967/1979).

⁵³⁶ Ver Searles (1966-1967/1979). Ver no original: “In a succession of papers I have described the process whereby my sense of identity has become sufficiently alive to change, open to symbiotic relatedness, aware of change through change in itself, *so that it is now my most reliable source of data as to what is transpiring between the patient and myself, and within the patient*. I have described, in effect, the “use” of such fluctuations in one’s sense of identity as being a prime source of discovering, in work with a patient, not only countertransference processes but also transference processes, newly developing facets of the patient’s own self-image, and so on (...) (p.68, grifos meus).

⁵³⁷ Ver Searles (1971/1979).

de terem ido embora. Esse é um aspecto central de seu argumento: *as flutuações no sentido de identidade do analista nos servem como sinais do que ocorre entre a dupla*. Por isso, o analista avalia os sentimentos amorosos e odiosos em relação ao paciente, assim como necessita avaliar os seus pensamentos e a angustiante sensação de estar misturado com o paciente.

Searles: Inclusive, em minha maneira de trabalhar com a contratransferência, eu posso chegar a compartilhar os meus pensamentos e sentimentos pessoais com os pacientes, desde que isso possa auxiliá-lo na sessão; mas, que fique claro, eu não faço esse compartilhamento de maneira automática, sem avaliar o que vou compartilhar com o paciente⁵³⁸. Nem me acusem de ser leviano ou ingênuo.

Winnicott: Isso precisa ser feito com muito cuidado.

Searles: O importante é considerar o tipo de efeito que esse compartilhamento pode gerar no paciente, e não recomendo que isso seja copiado, pois, se feito de maneira desajeitada, pode colocar o terapeuta em problemas. Eu tenho a experiência necessária para não temer os meus conteúdos internos e a minha forma verdadeira de comunicar ao paciente o que acontece entre nós num determinado momento da sessão⁵³⁹.

Douglas: O seu pensamento clínico se desenvolveu como uma tentativa de apreender o que ocorre na relação entre paciente e analista, tudo isso levando em conta a base real que o analista fornece para que o paciente possa projetar aspectos de si no analista.

Searles: Estou de acordo com o que você disse sobre o meu trabalho. Acho que consegui apresentar minha maneira de pensar a contratransferência. Pronto de minha parte.

⁵³⁸ Ver entrevista de Searles (1978).

⁵³⁹ Ver Searles (1992).

Winnicott: Também considero que foi possível expor as minhas ideias principais sobre o assunto. Apresentamos tanto a contratransferência no sentido clássico, quanto à contratransferência objetiva e o papel do analista na condução dos casos que necessitam de regressão à dependência. Estou satisfeito com o que produzimos até esse momento.

Douglas: Parada para o café? Vamos nessa?

Winnicott: Temos tempo para descansarmos uns 15 minutos, Douglas?

Douglas: Putz, pior que não. Para não sermos esmagados pelo relógio, conseguimos descansar por dez minutos.

Winnicott: Não percamos nem mais um segundo.

Searles: Até.

Douglas: Vejos vocês na volta para última parte de nossa reunião.

Leitores e leitoras,

Até o momento, a contratransferência foi o assunto de nossa reunião. Dedicamo-nos a apresentar e discutir a maneira como os nossos interlocutores pensam este conceito.

Faço um breve resumo.

Em Winnicott, inicialmente, temos a distinção entre tipos de fenômenos contratransferenciais. Lembremos: 1) a contratransferência como reação do analista frente à transferência do paciente; 2) a contratransferência que diz respeito às identificações pessoais do analista. Aqui, diferentemente da reação neurótica do analista, a subjetividade da pessoa do analista favorece a análise; e 3) a contratransferência objetiva, ou seja, aquela que se refere ao modo como o analista vive, amorosa ou odiosamente, a relação atual com o paciente. *Sublinho, aqui, a distinção entre a contratransferência como reação à transferência e a contratransferência objetiva como modo de interação atual entre a dupla analítica.*

Depois, percebemos como Winnicott sugere que retornemos ao sentido original da contratransferência, aquele que a considera uma reação neurótica do analista. O nosso colega inglês lança mão do termo *papel do analista* para designar o modo como podemos nos comportar diante das necessidades dos pacientes regredidos, utilizando as nossas “(...) próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica desse paciente no *self* do analista, e sobre o efeito disso na atitude profissional do analista⁵⁴⁰”. O papel do analista, como se pode ver, não se confunde com a contratransferência, pois, nos tipos de casos considerados por Winnicott, somos colocados numa posição de cuidado que nos leva a considerar a nossa subjetividade pessoal como parte do fenômeno clínico.

Searles, por sua vez, tem uma noção ampla do conceito de contratransferência: refere-se às reações emocionais do analista, apenas em parte conscientes, em relação ao paciente. A contratransferência é o meio pelo qual o analista recebe as comunicações não-verbais presentes na análise. Considerando que Searles construiu o seu pensamento clínico a partir de seu trabalho com pacientes esquizofrênicos, é coerente que ele considere essencial a comunicação não-verbal na análise. As flutuações do senso de

⁵⁴⁰ Ver Winnicott (1960b/2022, p.211, grifos do autor).

identidade do analista passam a ser importantes indicadores do tipo de dinâmica estabelecida pela dupla. O analista, assim, mantém-se atento às falas, silêncios e comportamentos do paciente, da mesma maneira que necessita avaliar as suas reações subjetivas na sessão.

Para o nosso interlocutor americano, a articulação entre as dimensões intrapsíquicas e intersubjetiva é essencial. Se a transferência nos remete à repetição do mundo das relações objetais primitivas e das experiências de indiferenciação, tanto com os outros humanos quanto com o ambiente não-humano; enquanto a relação intersubjetiva diz respeito à interação atual entre a dupla analítica. Neste sentido, a contratransferência também abrange essas duas dimensões citadas.

Assim como fiz nas outras reuniões, leitores e leitoras, repito: se ambos os autores fazem essas considerações a partir de suas práticas com pacientes psicóticos, *borderlines* ou esquizofrênicos, o meu interesse não é discutir a psicopatologia desses quadros. O meu objetivo é utilizar as construções teóricas e clínicas numa forma ampla, inserindo-as em nossa caixa de ferramentas para o trabalho clínico diário, independentemente da qualidade do sofrimento de nossos pacientes. Tal modo de proceder tem um pressuposto: mesmo se certo modo de pensar a prática clínica foi desenvolvido com base num determinado quadro psicopatológico, ele pode ser utilizado de maneira útil para o trabalho clínico de uma forma geral.

Na próxima e última parte de nossa reunião, avançamos rumo ao ódio do analista e sua utilidade na prática clínica.

Que possamos compartilhar o nosso ódio, leitores e leitoras.

Sobre a capacidade de o analista odiar

Winnicott: Oi, estou por aqui.

Searles: Voltamos para a última parte de nossa reunião.

Winnicott: Seguindo as sugestões do Douglas, falemos sobre o ódio do analista.

Douglas: Apresento a razão de discutirmos esse tema.

Winnicott: Pois então nos explique.

Douglas: Em minha prática profissional, trabalhei por alguns anos numa instituição de saúde mental que cuida de pacientes dependentes de droga. Atendíamos todos os tipos de pessoas, pois a adicção à droga não é um fenômeno clínico específico de algum quadro psicopatológico — tínhamos pacientes obsessivos, perversos, psicóticos, etc. Quero ressaltar que o meu objetivo não é discutir o quadro psicopatológico da adicção.

Winnicott: Melhor assim, pois teríamos que nos desviar da contratransferência para cuidarmos da psicopatologia.

Douglas: Se trago essa minha experiência clínica é para compartilhar o percurso que me levou ao tema do ódio do analista. Por isso, não me preocupo em analisar os casos com detalhes.

Searles: Nos conte mais.

Douglas: Por quatro anos e meio — os anos iniciais de minha vida profissional — trabalhei num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e no Consultório na Rua, atuando como clínico e coordenador de equipe. Naquele tempo de trabalho árduo, um fenômeno insistia em surgir na condução de alguns casos: a minha hostilidade em relação aos pacientes.

Ela se expressava por meio de imagens e pensamentos de morte, abandono, agressão e indiferença. Essas vivências não aconteciam em todos os casos, mas elas surgiam em alguns deles. Por que a minha hostilidade emergia com determinados pacientes e não com outros?

Eu me sentia invadido por um furacão afetivo — nascido da mistura entre a vontade de agredir o outro e uma culpa atroz por não ser um bom analista. Cheguei a pensar que um paciente poderia ser atropelado antes de ele chegar para a sessão no CAPS AD. Num atendimento de uma mulher de quarenta anos, ao ouvi-la me contar sobre a sua alegria em ver vídeos de pessoas sendo violentamente mortas, eu a imaginei sendo brutalmente assassinada.

Certa vez, em meu trabalho com o CR pelas ruas da cidade, encontrei um paciente do CAPS AD com as pernas muito machucadas e com fortes dores no abdômen. Após brigar com a sua família pela milésima vez, ele voltou a morar nas calçadas da cidade. Em meio ao forte odor de comida podre e cachorros alegremente imundos, me pediu ajuda. Estava deitado em sua cama: um velho e carcomido tapete jogado no chão, num terreno sujo do que um dia foi um posto de gasolina. Um tanto adoentado, pressentia que poderia morrer naquela tarde. Levando em conta o seu estado físico, chamei o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para atendê-lo e transportá-lo para a unidade hospitalar. Após mais de uma hora de angustiante espera, a ambulância chegou, mas ele recusou o atendimento do SAMU. Gritava: “*não vou com esses filhos da puta*”. Frente à impotência diante da situação, a equipe foi embora ao som da trilha sonora macabra dos gemidos daquele homem. Pensei: “*que morra mesmo, já que não quer ajuda, foda-se*”. Ele não morreu naquele dia. Alguns meses depois, num sábado ensolarado, a cirrose terminou o seu trabalho.

Na mesma época, além de meu trabalho no CAPS AD e no CR, iniciava os atendimentos em meu consultório particular — um respiro de ar puro. Nos casos que atendia no consultório, não vivia essa hostilidade contratransferencial. A dimensão hostil de minha contratransferência estava relacionada a alguns casos que atendia na instituição.

Em minha análise pessoal, intensificada naquele momento de minha formação, me encontrava às voltas com a dificuldade obsessiva em viver e suportar o meu ódio — velha conhecida, mas que se repaginava e passava a se apresentar com roupas mais elegantes.

Faço essa consideração sobre a minha análise pessoal para ressaltar que considero os efeitos de minha neurose, minha loucura pessoal, na condução daqueles casos. Também é fato que era um jovem em formação dando os seus primeiros passos na clínica, ainda pouco confiante e maduro. Sem dúvida, essa dificuldade pessoal e a formação inicial interferiram em minha capacidade de constituir um pensamento clínico que me ajudasse a compreender o que se passava nas análises que conduzia e no trabalho no CAPS AD e no CR. Mas a minha hostilidade não podia ser interpretada apenas como um efeito indesejável de meus pontos cegos.

Percebia que outros colegas da equipe multidisciplinar também eram afetados de uma maneira semelhante. Certa vez, uma paciente irritante que estava em acolhimento integral (24 horas) no CAPS AD. Ela necessitava, permanentemente, dum profissional desempenhando a função de Eu auxiliar. Os outros pacientes não a suportavam; a equipe não a suportava. Ela exigia um tipo de atenção que nos sugava. No segundo dia de sua estadia na instituição, no período noturno, a porta da enfermaria, que deveria estar trancada, permaneceu aberta. A paciente fugiu sem que ninguém a visse. Não tenho dúvidas: foi uma fuga desejada por toda a equipe. Esse incidente proposital nos livrou daquela mulher.

Atuações deste tipo eram comuns: fugia-se muito do CAPS AD! Neste estado de confusão, não se encontra espaço para se metabolizar os efeitos emocionais que surgem no trabalho com esse tipo de paciente. A equipe atua e expulsa os conteúdos que não podem ser digeridos — estou pensando aqui no modelo bioniano de continente-conteúdo⁵⁴¹.

⁵⁴¹ Ver Bion (1962/2021).

O primeiro desafio da equipe era sobreviver⁵⁴² e encontrar meios para se manter viva, desperta e pensante. Infelizmente, o fazer burocrático preenchia o espaço que deveria ser de circulação de palavras e afetos. A equipe era tomada por uma hostilidade entre os seus membros, espécie de mal-estar disperso por vezes invadia e intoxicava o ar. Estávamos adoecidos — e essa doença institucional era um solo fértil para o crescimento de picuinhas, brigas e a formação de micro-equipes, cada uma funcionando como se fosse uma instituição própria.

Noutros momentos de minha experiência clínica, agora já no consultório, passados anos de meu trabalho no CAPS AD e no CR, nos atendimentos de pacientes em crise, me vi, novamente, tomado por sensações estranhas e pensamentos hostis. Depois dum longo dia de trabalho, no qual atendi um paciente num estado confusional e delirante, cuja presença me despertava uma horrível fantasia de que ele pularia da sala do consultório, tive o seguinte sonho:

estava no consultório, numa bela tarde. Esse paciente chega para a sessão e invade a sala. Começa a falar sem parar, numa forma caótica e enlouquecedora. Tento acalmar esse homem, mas ele continua falando. Num dado momento, ele me puxa pelo braço e pelo pinto e me joga da janela do prédio. Vejo o meu corpo caindo. Durante a queda, penso: eu sabia que ele me iria me matar.

Este sonho me mostrou o quanto eu temia o paciente, tanto em relação à minha sobrevivência física, quanto ao aspecto sexual relacionado à castração. Na noite anterior, me peguei sentado em meu sofá de minha casa, olhando para baixo e com as mãos no queixo, sentindo uma culpa

⁵⁴²Aliás, o tema da sobrevivência não se restringia ao âmbito psíquico. Um paciente doidão de cocaína entrou na sala de atendimento, jogou uma mesa para o alto, se pôs na frente da porta e me disse: “Só vou sair daqui se você me internar agora. Vai fazer logo o que quero ou quer que eu desenhe? Estou de saco cheio das suas ladainhas”. Esse homem estava envolvido com o tráfico de drogas e fazia parte duma facção criminosa, pelo menos essas eram as notícias que tínhamos. Após alguns minutos de conversa, ele aceitou ser encaminhado para o Pronto Socorro (PS), desde que a sua vaga 24 horas no CAPS AD estivesse garantida. Como não havia médico psiquiatria naquele momento na instituição, e o paciente estava intoxicado, chamei o SAMU para levá-lo ao hospital. No pronto socorro, ainda agitado, causou uma imensa confusão e foi embora. Retornou ao CAPS AD apenas quinze dias depois. Em seu retorno, não houve mais nenhuma ameaça ou insulto. Chegou ao plantão de acolhimento como se nada tivesse acontecido.

avassaladora. Mesmo tendo compreendido a dinâmica do caso e o delicado momento regressivo no qual estávamos envolvidos, eu, onipotentemente, pensava que tinha levado o paciente à loucura. Lendo Harold, reconheci algo em sua descrição clínica que me fez perceber que uma parte importante da dinâmica transferencial-contratransferencial estava encoberta: a minha hostilidade em relação ao paciente⁵⁴³.

Na busca por compreender o que se passou nessas situações clínicas, encontrei nos trabalhos de vocês importantes contribuições sobre o ódio do analista. Em Donald, há uma teoria sobre a origem desse ódio; já Harold não faz uma teorização aprofundada sobre esse afeto, mas apresenta uma descrição apurada da maneira como o ódio do analista surge e pode ser utilizado na análise.

Esclareci os motivos que me fizeram chegar ao tema do ódio do analista?

Winnicott: A sua exposição foi clara e oportuna. Enquanto escutava o seu relato, o tema do ódio objetivo me pareceu pertinente aqui.

Douglas: De fato, é verdade.

Searles: O que é o ódio objetivo? Tem relação com a contratransferência objetiva?

Winnicott: Você entenderá quando voltarmos a tratar o meu artigo de 1947 sobre o ódio.

Douglas: Desse trabalho de 1947, na primeira parte de nossa conversa, tratamos a maneira como você conceituou três modos de contratransferência; mais precisamente, apresentamos a distinção entre as modalidades de contratransferência reativa e contratransferência objetiva.

Searles: Então agora vamos a esse tal ódio objetivo.

⁵⁴³ Ver Searles (1958/1997).

Winnicott: O analista que se propõe a tratar psicóticos deve estar ciente de suas reações objetivas ao paciente, o que inclui o ódio. Fenômenos desse tipo, em certos momentos da análise, têm um papel indiscutível no processo analítico⁵⁴⁴.

Sugiro que o paciente só pode reconhecer no analista aquilo que é capaz de sentir em si. Um paciente obsessivo tenderá a viver a relação com o analista como se este fosse obsessivamente vazio, etc. Para uma pessoa psicótica, que vive num estado de indiferenciação entre os sentimentos de amor e ódio, o amor e o ódio do analista são coincidentes⁵⁴⁵. Se ao analista for atribuído esse amalgama de sentimentos, que possamos estar conscientes disso para suportá-lo.

Douglas: Você afirmou:

Se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe será necessário tolerar que o coloquem nesse lugar. Acima de tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio é *legítimo* nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação⁵⁴⁶.

Searles: Gosto da expressão ódio legítimo. Por que temos dificuldade de falar de nosso ódio? Isso tem a ver com a imagem idealizada e boba dum terapeuta dedicado e preocupado com o seu paciente⁵⁴⁷.

Winnicott: Para atender pacientes psicóticos, ou pessoas num estado psicótico, precisamos alcançar os níveis mais primitivos em nós mesmos, e aqui a importância da análise pessoal⁵⁴⁸.

Douglas: Na contratransferência objetiva, para usar os termos de Harold, ou na relação atual e entre analista e paciente, usando os meus, *o ódio objetivo diz respeito ao fato de o analista odiar o paciente pelo comportamento*

⁵⁴⁴ Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁴⁵ Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁴⁶ Ver Winnicott (1947/2000, p.279, grifo do autor).

⁵⁴⁷ Ver Searles (1967/1965).

⁵⁴⁸ Ver Winnicott (1947/2000).

atual deste último. Não se trata duma reação à transferência. O que está em ação aqui é a dinâmica atual de interação entre a dupla analítica. O ódio objetivo é condizente com a dinâmica da relação estabelecida pela dupla.

Winnicott: Existem situações em nosso trabalho que justificam o nosso ódio. Durante alguns anos, eu sentia que um de meus pacientes, um homem obsessivo grave, era insuportável. Quando a análise se modificou e eu comecei a gostar dele, percebi que o meu desagrado era inconscientemente determinado. Foi uma alegria quando pude, muito tempo depois, com o paciente estava menos doente, dizer-lhe o quanto eu e as pessoas o detestavam, mas antes ele estava muito doente para saber disso⁵⁴⁹.

Nas análises de pacientes neuróticos, o ódio do analista é mantido num nível latente e tem meios de se manifestar, como na cobrança de honorários e no fim da sessão⁵⁵⁰. Mas as coisas se complicam quando estamos lidando com pacientes psicóticos ou neuróticos regredidos.

Searles: Nestes casos, o nível de tensão ao qual estamos submetidos intensifica o nosso ódio.

Winnicott: Num momento específico de meu trabalho, tive a sensação de analisar mal. Estava cometendo vários erros com meus pacientes. Além de possuir uma natureza pessoal, essa dificuldade em analisar se relacionava com uma paciente psicótica que eu estava atendendo naquele período⁵⁵¹. Foi um sonho curativo que me ajudou a entender o que acontecia na análise dessa mulher.

⁵⁴⁹ Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁵⁰ Essas são razões pelas quais o ódio do analista, numa análise com pacientes neuróticos, mantém-se latente: “A psicanálise é a profissão que escolhi, é o modo pelo qual posso lidar melhor com a minha própria culpa, é através dela que posso expressar-me da maneira mais construtiva. Sou pago, ou estou em formação a fim de conquistar um lugar na sociedade através do meu trabalho psicanalítico. Estou fazendo descobertas. Tenho gratificações imediatas ao identificar-me com meu paciente que está melhorando, e espero gratificações ainda maiores no futuro, quando o tratamento terminar. Além do mais, enquanto analista, eu tenho meio de expressar o meu ódio. O ódio é expresso pela existência do final da ‘sessão’” (WINNICOTT, 1947/2000, p.280).

⁵⁵¹ Ver Winnicott (1947/2000).

Douglas: Esse tipo de sonho curativo permite ao analista alcançar um novo patamar na análise e em seu desenvolvimento emocional⁵⁵².

Winnicott: O sonho tinha duas partes. Na primeira delas, eu estava no alto da galeria dum teatro, olhando as pessoas que estavam lá embaixo. Tive uma ansiedade de perder um de meus membros, o que estava associado a uma sensação que tive na Torre Eiffel de que a minha mão pudesse cair no solo. Posso considerar essa uma ansiedade de castração comum. Você pode ler a segunda parte do sonho, pois ela é a principal para a nossa discussão.

Douglas: Essa é a sua descrição da segunda parte:

Na fase seguinte do sonho percebia que as pessoas na plateia estavam assistindo a uma peça, e eu me conectava através delas com o que ocorria no palco. Surgiu um novo tipo de ansiedade. O que eu sabia era que simplesmente não tinha o lado direito do corpo. Este não era um sonho de castração. Tratava-se da sensação de não ter aquela parte do corpo⁵⁵³.

Winnicott: A segunda parte do sonho dizia respeito ao meu relacionamento com essa paciente psicótica.

Douglas: Leio outro trecho:

Essa paciente exigia que eu não me relacionasse de modo algum com seu corpo, nem mesmo com um corpo imaginário. Ela não tinha um corpo reconhecido como seu, e se de algum modo ela existia, era-lhe possível sentir a si mesma apenas como uma mente. Qualquer referência a seu corpo provocava ansiedades paranoides, porque afirmar que ela tinha um corpo equivalia a persegui-la. O que ela precisava de mim era que eu tivesse apenas uma mentefalando com a mente dela⁵⁵⁴.

⁵⁵² Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁵³ Ver Winnicott (1947/2000, p.281).

⁵⁵⁴ Ver Winnicott (1947/2000, p.281).

Winnicott: Aí, no auge de minha irritação na noite anterior ao sonho, eu fiquei bravo e lhe disse que o que ela precisava de mim não passava de ninharias. Foi um erro do qual demoramos semanas para nos recuperar dele.

O importante é que eu tinha que compreender a minha ansiedade do tipo psicótica, que era representada pela segunda parte do sonho, aquela na qual meu corpo não tinha lado direito.

Douglas: Cito:

Esse lado direito do meu corpo era o lado que tinha uma ligação com essa paciente específica, sendo conseqüentemente afetado por sua necessidade de negar totalmente até mesmo uma relação imaginária entre os nossos corpos. A negação estava procurando em mim essa ansiedade de tipo psicótico, muito menos tolerável que ansiedade de castração comum. Fossem quais fossem as outras interpretações cabíveis a esse sonho, a consequência de eu tê-lo sonhado e tê-lo recordado foi a de me ser possível retomar essa análise e fazer com que se recuperasse do dano causado pela minha irritação, cuja origem era uma ansiedade reativa de um tipo compatível com esse contato com uma paciente que não tinha corpo⁵⁵⁵.

Winnicott: O analista precisará suportar a tensão até que o paciente possa estar em condições de saber o está se passando na análise. Para tanto, o analista necessita dar-se conta de seu medo e seu ódio. *Ele está numa posição próxima daquela da mãe dum bebê recém-nascido.*

Douglas: Aqui, mais uma vez, você diferencia o que é um trabalho com pacientes neuróticos, cuja análise está baseada na interpretação da transferência, e aquela que diz respeito às pessoas que não tiveram boas condições ambientais no início da vida; e é justamente com essas últimas que o analista fornecerá, pela primeira vez, as condições ambientais necessárias para o desenvolvimento emocional que permita o paciente ser e continuar sendo.

Winnicott: Na análise de psicóticos, como vocês já experimentaram em suas práticas clínicas, o analista tem dificuldade em manter o seu ódio latente. Em certos momentos da análise, o ódio objetivo é buscado pelo paciente.

⁵⁵⁵ Ver Winnicott (1947/2000, p.282).

Quando esse último está à procura de um ódio legítimo e objetivo, ele deve encontrá-lo, pois, caso contrário, não estará em condições de sentir um verdadeiro amor objetivo⁵⁵⁶.

Douglas: *Para ser amada verdadeiramente, a criança necessita ser odiada verdadeiramente. O ódio do ambiente é constitutivo*⁵⁵⁷.

Winnicott: Sugiro que a mãe odeia o bebê antes que ele possa odiá-la, e antes que ele possa reconhecer o ódio da mãe.

Searles: Como assim, não entendi? Não me parece coerente essa afirmação.

Winnicott: Em 1915, Freud fez importantes considerações sobre o ódio. Para ele, resumidamente, só podemos falar de ódio quanto estamos nos referindo aos relacionamentos entre pessoas completas, e não entre o instinto e seu objeto⁵⁵⁸.

Douglas: O ódio se refere aos objetos totais. Para se odiar, é preciso ter conquistado a capacidade de se relacionar com outro que possa ser alvo de meu ódio. Odiar, portanto, se relaciona com a alteridade⁵⁵⁹.

Winnicott: Antes da integração, o que o bebê faz que possa vir a machucar a mãe não vem do ódio, pois é consequência, impulso amoroso primitivo⁵⁶⁰.

⁵⁵⁶ Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁵⁷ Opto por não discutir o tema do ódio objetivo na tendência antissocial, pois fazê-lo nos tiraria de nosso objetivo. Cito apenas uma passagem de interesse para a nossa discussão. “Aqui seria talvez relevante mencionar os casos de crianças que vêm de lares desfeitos ou que não têm pais. A ideia de levar uma criança dessas para casa e amá-la é notoriamente inadequada. Ocorre que após algum tempo a criança assim adotada adquire a esperança, e passa a testar o ambiente por ela encontrado a fim de reunir provas de que os que dela cuidam são capazes de odiar objetivamente. Ao que parece, a criança poderá acreditar que é amada somente depois que conseguir sentir-se odiada” (WINNICOTT, 1947/2000, p.283).

⁵⁵⁸ Ver Freud (1915/2010).

⁵⁵⁹ Fiz uma longa revisão da literatura analítica sobre o ódio, mas, como o meu objetivo foi modificado e me centrei na discussão sobre o ódio do analista, não conseguirei discutir esse afeto numa maneira mais ampla. Dentre a literatura sobre o assunto, deixo as seguintes indicações de leitura (BALINT, 1951/1985; BARROS, 2013; BOLLAS, 1987/2015; CROMBERG, 2010; FREUD, 1911/2010; 1915/2010; 1930/2010; JEAMMET, 1991; 2005; MENEZES, 2001; MEZAN, 2014; MINERBO, 2009; OLIVEIRA FILHO, 2021; PEREIRA; COELHO JUNIOR, 2019a; PEREIRA; COELHO JUNIOR, 2019b; PEREIRA ROBERT, 2015; PEREIRA ROBERT; KUPERMANN, 2015; PONTALIS, 1988/1991; ROSA; DA COSTA; PRUDENTE, 2018; SIMANKE, 2019; ZAIDAN; CINTRA, 2019).

⁵⁶⁰ Ver Winnicott (1990).

Somente depois de a criança vir a ser uma pessoa inteira, relacionando-se com os outros como pessoas inteiras, é coerente dizer que ela odeia⁵⁶¹. Já a mãe é capaz de odiar o seu bebê. E olha que ela tem vários motivos para fazer isso; até faço uma lista deles.

Searles: Quero ouvir os motivos pelos quais as mães odeiam os seus bebês.

Douglas: São estes os muitos motivos, Harold:

O bebê não é uma concepção (mental) sua.

O bebê não é aquele das brincadeiras da infância, um filho do papai, ou do irmão etc.

O bebê não é produzido magicamente.

O bebê é um perigo para o seu corpo durante a gestação e o parto.

O bebê interfere com sua vida privada, é um obstáculo para a sua ocupação anterior.

Mais ou menos intensamente, a mãe sente que o bebê é algo que a sua própria mãe deseja, e ela o produz para aplacá-la.

O bebê machuca os seus mamilos mesmo quando suga, o que inicialmente implica em mastigação.

Ele é impiedoso, trata-a como lixo, uma serva sem pagamento, uma escrava.

Ela tem que amá-lo, com suas excreções e tudo o mais, pelo menos no início, até que ele venha a ter dúvidas sobre si próprio.

Ele se decepciona com ela.

Seu amor excitado é um ‘amor de tigela’, significando ‘amor interesseiro’, de modo que ao conseguir o que queria ele a joga fora como uma casca de laranja.

No início o bebê dita a lei, é preciso protegê-lo de coincidências, a vida deve fluir no ritmo, e tudo isso exige da mãe um contínuo e detalhado estudo. Por exemplo, ela não deve ficar ansiosa quando o segura, etc.

No início ele não faz ideia alguma do quanto ela faz por ele, do quanto ela sacrifica por ele. É impossível para ele suportar principalmente o seu ódio.

Ele é desconfiado, recusa a comida tão boa que ela preparou e faz com que ela duvide de si mesma, mas com a tia ele come tudo.

Depois de uma manhã horrível, ela sai com ele e ele sorri para um estranho, que diz: “Não é uma gracinha?”.

Se ela falha com ele no início, sabe que ele se vingará para sempre.

Ele a excita, mas a frustra — ela não pode devorá-lo nem fazer sexo com ele⁵⁶².

⁵⁶¹ Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁶² Ver Winnicott (1947/2000, pp. 285-286).

Searles: Depois duma lista dessas, percebo porque você, meu amigo, decidiu não ser pai.

(Risos)

Winnicott: Num estado de regressão, o paciente não tem como se identificar com o analista.

Searles: Usamos uma linguagem diferente, mas tenho familiaridade com isso que você descreve.

Douglas: A mãe deve ser capaz de tolerar o ódio contra o seu bebê. A mãe suficientemente boa tem a capacidade de se sentir agredida e sentir ódio de seu bebê sem se vingar. Uma mãe sentimental pode prejudicar o bebê, já que ela negaria o ódio que é legítimo. Assim como o bebê necessita do ódio da mãe para poder vir a ser capaz de odiar, o paciente demanda ser odiado pelo analista, pois somente assim conquistará a capacidade de se responsabilizar por suas ações e reconhecer o que a mãe/analista fez por ele quando demandava cuidados ambientais especiais.

Antes de ouvirmos você, Harold, quero dizer mais algumas palavras sobre o ódio. Com base no pensamento de Donald, pode-se considerar que o ódio do analista se difere da:

1) *agressividade*: aspecto vital e inerente à vida psicossomática. A criança, movida pelo impulso amoroso primitivo e pela tendência inata à integração, anseia o encontro com o outro e com o mundo — numa busca pela matéria prima que lhe possibilitará exercer a sua criatividade primária⁵⁶³. A agressividade, no momento inicial da vida, é sinônimo de motilidade e não envolve nenhuma intenção de agredir o meio. Se um bebê morde o seio da mãe, não o faz com o intuito de agredi-la ou machucá-la, visto que ele ainda não possui a integração necessária para ter a intencionalidade de algo. Apenas no decorrer de seu

⁵⁶³ Ver Winnicott (1950-1955/2000).

desenvolvimento, a criança adquire a capacidade de ter intencionalidade e se responsabilizar pelos pensamentos, sentimentos e comportamentos⁵⁶⁴.

A agressividade é parte inerente da existência psicossomática. Vida, corpo, elaboração imaginativa das funções corporais, impulso amoroso primitivo⁵⁶⁵, tendência inata à integração e agressividade estão intrinsecamente relacionados. O existir humano, em si, é vitalmente agressivo.

Se pode considerar que a agressividade do analista anima a sua presença psicossomática, suas interpretações, os seus manejos e suas intervenções, a sustentação do *setting* e o necessário trabalho de enfrentamento das defesas. Nestes termos, uma noção como a agressividade do analista não expressa o tipo de fenômeno com o qual estamos trabalhando.

2) *Raiva*: relaciona-se com a frustração e é vivida em relação ao objeto frustrador⁵⁶⁶. Afeto delimitado no tempo, ela é resultado duma frustração direta, vivida num momento específico. O analista, por exemplo, pode sentir raiva de seu paciente quando uma interpretação ou uma intervenção não produz o efeito esperado; ou quando ele se sentir frustrado em sua função analítica; até mesmo uma falta ou um atraso pode promover em nós uma raiva momentânea, delimitada no tempo e cuja origem pode ser facilmente rastreada.

3) *destrutividade*: se trata dum fenômeno sofisticado, vivido numa etapa na qual a criança começa a ter a possibilidades de alcançar a alteridade e o mundo compartilhado⁵⁶⁷. O uso do objeto diz respeito à capacidade conquistada pela criança de viver o mundo compartilhado dos objetos objetivamente percebidos. O que é destruído, na fantasia, é a parte

⁵⁶⁴ Ver Winnicott (1990).

⁵⁶⁵ Numa carta de 1952 para Money-Krle, Winnicott (2005) escreveu: “Em minha opinião, o impulso agressivo inerente é extremamente poderoso e faz parte da pulsão que clama por relacionamentos. É, portanto, uma parte essencial do impulso primitivo de amor. Muita coisa pode ser dita aqui a respeito da patologia da quantidade variável de agressão que pode estar disponível para fusão com o impulso de amor, em virtude de ter sido despertada antes que o ego houvesse se desenvolvido a ponto de ser capaz de sobreviver à experiência da fome do bebê” (p.50).

⁵⁶⁶ Ver Winnicott (1950-1955/2000).

⁵⁶⁷ Ver Winnicott (1971f/2019).

subjetiva do objeto. Se o objeto sobrevive, o que significa suportar ser destruído sem retaliar ou deprimir, a criança alcança, a partir de seu próprio *self*, a exterioridade. Ela chega à constatação da existência autônoma do mundo objetivamente percebido, que agora começa a ser compartilhado com os outros humanos. A criança conquista, portanto, um modo de contato com a realidade objetiva — no decorrer de seu desenvolvimento, se tudo ocorreu bem, ela teve experiências satisfatórias nas outras duas modalidades de contato com a realidade, a saber, a subjetiva e a transicional.

Por conseguinte, a destrutividade está diretamente relacionada à conquista da alteridade⁵⁶⁸. É por meio dela que a criança *cria* o seu encontro com o mundo dos objetos objetivamente percebidos e compartilhados.

Já o ódio pressupõe a existência da alteridade, pois é com base nessa relação com o outro não-Eu que esse afeto se desenvolve. Em casos de pacientes regredidos, se pode considerar que eles não têm condições de odiar/reconhecer o analista, pois não há distinção possível entre o subjetivo e o objetivamente percebido. Já o analista, assim se espera, reconhece a existência do paciente em sua alteridade, e, justamente por isso, pode odiar o seu paciente, assim como a mãe odeia o seu bebê.

Odeio-o pelo fato de o paciente existir numa maneira externa a mim, nesse tipo de existência enlouquecida e enlouquecedora. Sei de suas necessidades, mas saber disso não impede que eu me sinta sugado por suas demandas. Odeio-o, também, por saber que, neste momento, ele não tem a capacidade de me reconhecer como outro, pois, em decorrência da natureza psicótica de seu adoecimento, ainda está congelado num tipo de experiência muito precoce, sem ter algum acesso à distinção entre o Eu e o não-Eu e à capacidade de se preocupar. O meu ódio, sobretudo, é motivado pelo seu comportamento atual e real que me exige um tipo de

⁵⁶⁸ Ver Winnicott (1971f/2019).

cuidado excessivo e intenso, como se eu fosse responsável por um bebê recém-nascido.

Winnicott: O ódio é um afeto sofisticado e não é correto afirmar que ele exista nos estágios iniciais da vida⁵⁶⁹.

Douglas: A capacidade de odiar é uma conquista que ocorre durante o desenvolvimento humano. Não há ódio sem um Eu que odeie; não há ódio sem algum outro que possa ser odiado.

Searles: Quanta coisa interessante que você escreveu sobre o ódio, Donald. Douglas bem adiantou: eu não tenho uma teoria sobre a origem do ódio. A minha preocupação é discutir como podemos manejá-lo na análise.

Winnicott: Quer complementar mais alguma coisa, Douglas?

Douglas: Estou finalizando. Preciso de apenas mais alguns minutos. Em resumo, o ódio surge como um desdobramento da agressividade primária⁵⁷⁰. No início da vida, na fase de dependência absoluta — momento de indiferenciação mãe e bebê — a agressividade do bebê é um gesto de sua motilidade. O bebê, neste estágio de dependência absoluta, não possui intencionalidade e exige cuidado constante do ambiente. O que temos de mais originário é o impulso amoroso primitivo, e não o ódio⁵⁷¹.
Na fase de dependência absoluta e de pré-concernimento, o impulso amoroso primitivo faz com que o bebê seja exigente. Nessa fase da unidade mãe-bebê, o bebê não pode intencional e se preocupar com os objetos, visto que eles ainda não existem para o bebê como objetos objetivamente percebidos. Um observador externo pode ver um bebê excitado machucando a seio de sua mãe, mas, do ponto de vista do bebê, não há mãe para ser machucada, e qualquer comportamento destrutivo é

⁵⁶⁹ Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁷⁰ Ver Winnicott (1947/2000; 1950-1955/2000).

⁵⁷¹ Ver Winnicott (1990).

acidental. Neste momento, ele apenas pode ser e continuar sendo, caso seja sustentado pelo ambiente.

Como é comum em seus artigos aparentemente simples e curtos, Donald apresenta a sua tese sobre o ódio na contratransferência de maneira condensada. Destaco o que considero o argumento central e decisivo do texto: *a função do ódio materno/ambiental na constituição da capacidade de o bebê odiar*. O ódio da mãe antecede o ódio do bebê. Para que o processo de desenvolvimento do bebê continue acontecendo adequadamente, a mãe precisa ser capaz de promover e suportar uma desilusão suficientemente boa. Diante do impulso amoroso primitivo de seu bebê, a mãe o odeia, e esse ódio é legítimo e necessário, pois possibilita a desilusão. É neste processo de desilusão que o bebê vai se desenvolvendo em direção aos objetos objetivamente percebidos e à constituição do Eu.

A sua contribuição sobre a necessidade do ódio da mãe nos ajuda a pensar no trabalho com pacientes psicóticos, casos-limite ou neuróticos regredidos, pois nos serve de ferramenta para lidarmos com o nosso ódio neste tipo de análise: *o ódio do analista possui a mesma natureza do ódio que a mãe vive em relação ao seu bebê impiedoso*. Dito de outro modo, e este é o aspecto mais original do pensamento de Donald sobre o ódio da mãe/analista: *ele é constitutivo, pois é a partir da experiência de ser odiado que a criança poderá desenvolver a sua capacidade pessoal de odiar. O ódio da mãe e do analista é fundamental para que, paulatinamente, o processo de desilusão possa ser experimentado na continuidade do tempo, de maneira que a criança possa alcançar a capacidade de usar os objetos e ter acesso ao mundo dos objetos objetivos*.

Searles: Ficou claro porque o analista odeia o seu paciente.

Winnicott: E você? O que pensa sobre o ódio do analista?

Searles: A minha maneira de ver não é tão complexa quanto a sua, mas considero que tenho contribuições que podem ser úteis para os terapeutas.

Douglas: Você nos oferta potentes descrições de seu modo de trabalhar o ódio do analista. Quero mencionar o caso do paciente que você descreve no trabalho “*A vulnerabilidade do esquizofrênico aos processos inconscientes do terapeuta*”. Gosto tanto desse texto que, Nelson Coelho e eu, fizemos uma análise dele⁵⁷².

Searles: Fico feliz com essa notícia; que bom que as minhas ideias estão sendo discutidas no Brasil. Posso fazer um breve resumo desse artigo.

Winnicott: Não conheço esse trabalho.

Searles: No atendimento de pacientes esquizofrênicos, percebi o quanto o comportamento dessas pessoas era uma resposta aos processos inconscientes do analista. É conhecido o papel da projeção nesses casos de psicose, mas pouco se falava da introjeção⁵⁷³. As minhas considerações são válidas para quaisquer pacientes cujos limites egoicos são demasiadamente prejudicados; e é justamente por causa desse prejuízo na integração e diferenciação que este tipo de paciente pode captar, com maior precisão, aspectos inconscientes do psiquismo do analista. Na relação entre terapeuta e paciente esquizofrênico percebemos a presença desse processo introjetivo, que, vale ressaltar, opera de maneira menos intensa em outros quadros psicopatológicos.

Douglas: Você está interessado no fenômeno pelo qual os pacientes esquizofrênicos captam aspectos reprimidos ou dissociados do inconsciente do analista. Os delírios e alucinações passam a ser considerados fenômenos intersubjetivos que precisam ser reconhecidos pelo analista. Novamente, vemos você trabalhando no interjogo entre a dimensão intrapsíquica e a interpessoal.

⁵⁷² Ver Pereira e Coelho Junior (2022).

⁵⁷³ Ver Searles (1958/1997).

Dentre os diferentes modos como os pacientes vivenciam aspectos do inconsciente do analista, destaco a maneira como os conteúdos do analista se manifestam na alucinação dos pacientes esquizofrênicos.

Searles: Gostaria de falar sobre o segundo caso que apresento em meu artigo?

Douglas: Sim, pois creio que ele é um bom exemplo de como você lidou com o ódio por esse homem. No caso que vamos discutir, você deixa claro que as figuras alucinatórias do paciente não eram apenas os seus impulsos assassinos projetados, pois também continham os impulsos assassinos do analista, que foram introjetados pelo paciente.

Searles: Esse homem de trinta e dois anos fez cinco anos de psicoterapia intensiva, antes de eu iniciar o meu trabalho com ele. Depois de tê-lo recebido, percebi que ele era uma pessoa ameaçadora e frustrante.

Por quase dois anos e meio de trabalho, ele se limitava a sentar desleixadamente, derrubar cinzas de cigarro em meu tapete, assoar o nariz com as mãos e limpar na calça, fazer barulhos com arrotos e soltar flatulências. Ele tinha frequentes explosões em relação a mim. Dizia coisas assim: “Seu preto, seu vigarista filho da puta! Cala a boca ou eu quebro os seus dentes!”⁵⁷⁴.

Com o passar dos meses, senti uma tensão crescente. Havia evidências de que a sua raiva estava dissociada, e esse homem, muito maior do que eu, poderia, de fato, perder o controle e me agredir.

Douglas: Nunca fui agredido fisicamente, felizmente, mas os xingamentos e ameaças verbais eram comuns no Caps Ad. Horrível passar por isso.

Searles: Em suas conversas com as vozes alucinatórias, esse homem respondia às pessoas em sua cabeça, introjetos dissociados, de maneira furiosa, o que me levava a crer que ele ouvia vozes sarcásticas e provocadoras. Retrospectivamente, ocorreu-me que as alucinações auditivas poderiam

⁵⁷⁴ Ver Searles (1958/1997).

ter alguma relação com o meu modo insolente, até então dissociado, que eu me relacionava com esse paciente. Apenas em alguns breves momentos eu tive acesso ao meu sentimento hostil por ele, e esse acesso trazia uma intensidade chocante. Certa vez, eu o vi atravessando o corredor e tive um pensamento surpreendente novo sobre ele — até então eu o considerava um sofredor psicótico, independentemente do quão ameaçador podia ser. Pensei: “*Lá está aquele maluco filho da puta!*”, e *tal pensamento estava acompanhado por um profundo desrespeito*⁵⁷⁵.

As vozes alucinatórias continuavam ameaçando esse cara, e ele reagia como se estivesse tentando manter alguma postura de coragem diante delas. Numa de nossas sessões, o paciente entrou e se sentou, dizendo para si mesmo: “*Cuidado*”, como se estivesse sentindo alguma presença maligna na sala de atendimento.

Douglas: Cito Searles:

Foi apenas algumas sessões mais tarde que ocorreu um incidente que me mostrou quanta raiva dissociada havia em mim, presumivelmente há muito tempo e, provavelmente fomentada pela condução do trabalho feito, por tanto tempo, sob tanto desencorajamento e, ainda, ameaças de injúrias físicas. Nesta sessão especificamente a que agora me refiro, ele estivera folheando uma das revistas numa das mesinhas da sala, como o fazia ocasionalmente, com minha total aprovação. Mas ao acabar de fazer isto ele a jogou confusamente em meu sofá; ela caiu e ficou no chão. No fim da sessão, saiu sem se preocupar em pegá-la. Quando estava na porta, parei para pegar a revista, ainda sentindo apenas a sensação de um grande esforço. Mas assim que a peguei, repentinamente comecei a sentir uma enorme raiva e joguei a revista na mesinha com toda a minha força, fazendo com que voasse um cinzeiro. Foi neste momento que percebi a probabilidade de que ele estivesse há muito sentindo, e respondendo alucinatoriamente a isto, esta raiva em mim, que até então estava dissociada⁵⁷⁶.

⁵⁷⁵ Encontramos: “Apenas retrospectivamente ocorreu-me que talvez estas alucinações tivessem alguma ligação com a insolência que eu havia desenvolvido em relação a ele, insolência que naquela fase de nosso trabalho permaneceu em um estado inconsciente e dissociado em mim, irrompendo em minha consciência apenas em breves momentos com uma intensidade que considerei chocante. Por exemplo, uma vez em que o vi atravessando o fim do corredor, tive um pensamento e uma sensação surpreendentemente novos sobre este homem a quem estava intencionalmente considerando com um indivíduo desesperadamente sofredor e psicótico, independente de quão desencorajador e ameaçador. Meu pensamento foi: “*Lá está aquele maluco filho da puta!*”, acompanhado pelo mais intenso desrespeito em relação a ele” (SEARLES, 1958/1997, p.48).

⁵⁷⁶ Ver Searles (1958/1965, p.49).

Searles: Precisei de vários meses para me habituar a sentir tamanha raiva em relação a ele.

Winnicott: Diria que você experimentou o ódio objetivo⁵⁷⁷ em relação ao modo como ele se comportava na análise. Veja: não era uma contratransferência relacionada a uma reação neurótica diante da transferência do paciente. O seu ódio objetivo se manifestava como um fenômeno desenvolvido na interação atual entre vocês.

Searles: Durante esses meses, este meu sentimento hostil surgia à consciência apenas de forma passageira. Em outra situação, quando ele jogou uma de minhas revistas mais caras na cadeira, rasgando todo o exemplar, ficou puta da vida e, num tom desastrosamente ameaçador, falei para ele: “*Vá com calma com as revistas. Você não está em um chiqueiro*”. Numa próxima sessão, soltando os seus arrotos e flatulências costumeiras, comeu bolachas na sala e jogou o papel no chão. Fui assaltado por uma raiva intensa: “*Escuta! Não faça isto na minha sala! Não jogue o papel no meu chão!*”⁵⁷⁸.

Quando estava discutindo com colegas o meu trabalho, contando-lhes que eu havia começado a me sentar num canto longe da porta para que o paciente pudesse ter acesso fácil para a saída, caso ficasse amedrontado com sua raiva assassina em relação a mim, percebi que eu manobrei, inconscientemente, o lugar em que me sentava. A razão disso: caso ele me atacasse fisicamente, eu teria a desculpa legítima, já que não conseguiria chegar até a porta, de lutar contra ele, o que eu, verdadeiramente, desejava.

Douglas: Você queria transformar o seu consultório num ringue.

Searles: Cada vez mais consciente de meus sentimentos pouco fraternos, me controlei e não me tornei um pugilista, a despeito de minha profunda vontade de socar aquele imbecil filha da puta.

⁵⁷⁷ Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁷⁸ Ver Searles (1958/1997).

Winnicott: Mais uma vez, percebemos a importância de lidarmos com o nosso ódio objetivo⁵⁷⁹. Reconhecendo-o, encontramos meios de utilizá-lo dentro do trabalho analítico, e evitamos que tenhamos atuações prejudiciais para a análise.

Searles: Um pouco depois disso, num almoço, quando fui questionado sobre o paciente, peguei-me dizendo: “*Bem, ele está vivo, e isto não é mau, considerando o que sinto em relação a ele*”⁵⁸⁰. Mais duma vez considerei que tive sorte de sair bem das sessões, e imagino que o paciente sentia o mesmo.

Douglas: Havia uma hostilidade mútua entre vocês.

Searles: Um sonho foi especial para o desdobramento da análise.

Douglas: Este trecho é importante.

O mais memorável destes incidentes, quando esta raiva normalmente dissociada vinha à minha consciência, foi quando, em uma noite, sonhei que ele e eu estávamos lutando, e eu estava reagindo a ele como se fosse — como eu, na vigília, estava considerando que ele fosse — uma pessoa perigosa e incontrolável. Durante este sonho-luta ele pegou na mão um abridor de carta. Mas o que aconteceu então, como fiquei surpreso de lembrar ao acordar, foi que *ele me pôs sob custódia*; ele, funcionando como um delegado, estava conduzindo-me para me entregar para as autoridades, quando o sonho acabou. Quando acordei, percebi que meu medo crônico de seu ataque estava baseado, parcialmente, em meu próprio medo largamente dissociado e, além disso, minha raiva precariamente controlada⁵⁸¹.

Winnicott: Diria que este foi um sonho curativo⁵⁸².

Douglas: Foi o mesmo tipo de sonho curativo que você teve com aquela paciente psicótica que já mencionamos⁵⁸³.

⁵⁷⁹ Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁸⁰ Ver Searles (1958/1997, p.50, grifos meus).

⁵⁸¹ Ver Searles (1958/1997, p.50).

⁵⁸² Ver Winnicott (1947/2000).

⁵⁸³ Trata-se dum caso discutido na primeira parte da presente reunião.

Searles: Um sonho instrutivo, não há dúvidas disso. No dia seguinte a ele, o paciente estava sentado numa poltrona e soltou flatulências. Furiosamente, fui capaz de pensar: “*Seu filho da puta, se cagar nesta cadeira vou te esfolar*⁵⁸⁴!”. Para mim, foi surpreendente acompanhar e perceber o quanto nós dois nos tornamos, no decorrer dos anos, mais conscientes de nossos respectivos sentimentos hostis. Com isso, as suas alucinações auditivas foram diminuindo.

Douglas: Se apropriando de seu ódio você pôde usá-lo para reconhecer o que se passava na interação entre você e o seu paciente.

Searles: Penso que o reconhecimento e aceitação de meus sentimentos serviram para me ajudar a lidar com o paciente num nível furiosamente cáustico. Inicialmente, o paciente interagiu com as suas vozes alucinatórias, enquanto eu ficava paralisado diante de meus sentimentos hostis em relação a ele. Houve uma mudança importante no processo de análise, pois, agora, quando me foi possível reconhecer e aceitar os meus sentimentos odiosos, o paciente não mais precisou desviar o seu ódio para as figuras alucinatórias.

Menciono uma sessão inesquecível. Fiquei furioso com o que acontecia na hora do trabalho, mas também estava seguro em minha habilidade de utilizar a minha hostilidade, o que me permitiu me posicionar em relação ao paciente como se fosse uma das figuras alucinatórias para quem ele dirigia a sua fúria. A partir daí, cada vez mais, as vozes foram diminuindo.

Douglas: Quero ler outro trecho que considero útil para a nossa discussão.

O que eu fiz, especificamente, nesta sessão crucial, foi insistir com uma fúria inesperada — apesar de suas ameaças raivosas de me atacar — que estas tiradas mordazes, como as que estava agora ventilando enquanto negava repetidamente que eram destinadas para mim, eram-me, na verdade, dirigidas⁵⁸⁵.

⁵⁸⁴ Ver Searles (1958/1997, p.50, grifos meus).

⁵⁸⁵ Ver Searles (1958/1997, p.51).

Apropriando-se de seus sentimentos, você pôde ir se colocando diante de seu paciente como uma figura humana real que, ao mesmo tempo, odiava-o. Você assim continua:

No meio deste longo desenvolvimento, ocorreu-me que o comprimento de onda emocional ou o nível de “interação” com o qual ele participava com a(s) figura(s) alucinatória(s) forneceram-me a pista do nível com que precisava de *mim* como terapeuta interagindo com ele; principalmente, neste mesmo nível de raiva e desprezo mordaz. Mas nos meses seguintes a este desenvolvimento que descrevi, percebi retrospectivamente que eu *já estivera* participando com ele neste nível emocional, mas estivera dissociando meus sentimentos que estavam investidos neste nível de interação⁵⁸⁶.

Douglas: *Você notou que esse paciente necessitava que o analista se relacionasse com ele a partir de seu ódio pessoal, pois era isso que transpirava na interação entre vocês. É fato que havia muito projeção por parte dele, assim como você também o odiava verdadeiramente. As alucinações tinham uma dupla origem: a projeção do paciente e o núcleo de realidade que ele captou no analista.*

Searles: Fiquei feliz em rever este artigo de 1958.

Douglas: Bem, amigos, nos aproximamos do final de nossa reunião. Vocês gostariam de acrescentar algo ao que discutimos?

Searles: Não, de minha parte não tenho nada a acrescentar.

Winnicott: Realizamos o nosso percurso da melhor maneira possível.

Douglas: Concordo.

Winnicott: E você, Douglas, o que deseja nos comunicar?

⁵⁸⁶ Ver Searles (1958/1997, p.51, grifos do autor).

Douglas: Quero acrescentar dois aspectos que me parecem contribuir para o desfecho de nossa discussão de hoje.

Em primeiro lugar, é preciso, mais uma vez, prestar homenagem a Ferenczi, pois foi ele quem primeiro enfrentou o difícil tema do ódio do analista⁵⁸⁷. Somos devedores de sua coragem, ímpeto e criatividade. No Brasil, existem trabalhos originais que fazem um competente arrazoado histórico e crítico das contribuições ferenczianas sobre o ódio⁵⁸⁸. Pereira Robert⁵⁸⁹, por exemplo, explicita a inovação de Ferenczi quanto à maneira de tratar o ódio do analista⁵⁹⁰.

Nos registros de seu Diário Clínico (1932), vemos que Ferenczi tem a coragem — meio kamikaze — de excursionar territórios psicanalíticos desconhecidos, não raro sem apoio para suportar as dificuldades. Apoio que analistas podem contar hoje, através de uma análise pessoal, supervisão, discussão de casos clínicos, estudo teórico e vínculos institucionais. *O percurso de análise com esses pacientes difíceis leva Ferenczi a perceber que precisava dar especial atenção ao ódio e que, além disso, seu próprio ódio estava em jogo no trabalho analítico.* Isso se explicita na constatação (acusação) de uma transferência negativa não analisada em sua análise com Freud e no recurso à análise mútua, que demanda que o analista confesse aspectos negativos, odiosos, incômodos do paciente para o próprio paciente. Em suma, a coletânea de notas e comentários sobre os atendimentos é testemunho autêntico do esforço de Ferenczi para dar outros destinos ao terrorismo do sofrimento e fragmentação de si, além do reconhecimento de suas próprias dificuldades de suportar a destrutividade que estava em jogo nesse tipo de trabalho. A partir daí, se esboçam problemas clínicos que seriam trabalhados por Winnicott, quinze anos depois, em *Ódio na contratransferência* (1947), onde o psicanalista inglês abordará o reconhecimento do medo e do ódio do próprio analista como condição indispensável do manejo na clínica dos casos limites⁵⁹¹.

Ferenczi nos precedeu quanto à importância do ódio do analista. No caso de análise mútua de R.N, a conhecida Elizabeth Severn, Ferenczi, em sua busca por enfrentar a hipocrisia do analista e promover a honestidade como um princípio ético, encarou, corajosamente, o seu próprio ódio em relação à paciente. Cito duas passagens do “*Diário clínico*” que

⁵⁸⁷ Ferenczi (1990).

⁵⁸⁸ Refiro-me aqui aos trabalhos de Pereira Robert (2015) e Pereira Robert e Kupermann (2015).

⁵⁸⁹ Aos interessados, indico o excelente trabalho da autora. Nele, Pereira Robert faz um apanhado do tema da transferência negativa em Freud, Ferenczi e Winnicott.

⁵⁹⁰ Ver Kupermann (2003).

⁵⁹¹ Em Pereira Robert (2015, p.125, grifos meus).

exemplificam a honestidade do analista e a constatação de seu ódio. Ambas se encontram na entrada de 31 de janeiro de 1932, “*A catarse acarreta imobilidade: como remediar?*”.

Ao analista resta apenas reconhecer os seus verdadeiros sentimentos em face do paciente e, por exemplo, admitir que, sobrecarregado de dificuldades pessoais, é-lhe frequentemente difícil interessar-se pelo que diz o paciente. Outras confissões: o médico exagera seus sentimentos amistosos, sorri gentilmente e pensa: “que o diabo te carregue, estragaste a minha sesta”, ou então: “dormi muito mal esta noite, estou com problemas digestivos e ainda tenho que te aturar”; e ainda: “a resistência deste paciente é realmente insuportável, bem que gostaria de colocá-lo no olho da rua. Deve-se admitir como princípio, é claro, que o paciente pode ter esse gênero de suspeitas. Mas parece que um bom número deles não se contenta em saber o que é possível, quer saber o que é verdadeiro⁵⁹².”

Douglas: Em outra passagem, lemos:

O caso particular de R.N. Os primeiros progressos verdadeiros no sentido da convicção da paciente produziram-se na esteira de fragmentos de análise de coloração autenticamente emocional, efetuados de maneira muito metódica no analista, com a demonstração de um exagero dos sentimentos e de uma superperformance quase insuportável, com sentimentos de ódio correspondentes em relação à paciente (...) ⁵⁹³.

Winnicott: Com certeza, Ferenczi foi corajoso para reconhecer esses sentimentos odiosos por essa mulher. Antecipou-me, de alguma maneira, em minha ideia sobre o ódio objetivo, aquele que se refere ao comportamento atual dos pacientes.

Searles: Agora, meu camarada, você não conseguiu esconder o seu o ímpeto educativo. Você me prometeu que não agiria de modo parecido com Langs⁵⁹⁴, se lembra?

Winnicott: Não vejo dessa maneira, pois considero que Douglas compartilha conosco a tradição analítica na qual estamos inseridos, mesmo que não a reconheçamos explicitamente.

⁵⁹² Ver Ferenczi (1990, p.58-59).

⁵⁹³ Em Ferenczi (1990, p.59).

⁵⁹⁴ Ver Langs & Searles (1980).

Douglas: Se Ferenczi novamente surge em meus comentários, caro Doutor Harold Searles, não é para ensiná-los. O meu objetivo é sublinhar os antecedentes do tema do ódio do analista. Vocês não repetidores de Ferenczi, não é isso. Vocês continuam sendo originais e não são apenas resultados dos desdobramentos do pensamento de Ferenczi, repito. Quis mencionar novamente Ferenczi para deixar claro que odeio analistas que tentam desconsiderar a linhagem anscentral da qual fazemos parte.

Searles: Você me despertou um genuíno interesse em Ferenczi. Está satisfeito?

(Risos)

Winnicott: Douglas, estou preocupado com o nosso horário. Você nos disse que teria dois aspectos em nossa discussão. O primeiro já nos foi apresentado. Qual é o segundo aspecto?

Douglas: Se trata, Donald, da formulação, em meus termos, do que discutimos sobre o ódio do analista.

Winnicott: Que avanço, meu caro.

Douglas: Influenciado por vocês, me foi possível considerar a existência duma verdadeira e legítima *capacidade de o analista odiar*. Se faz parte de nosso trabalho ofertar e sustentar a capacidade de sonhar, interpretar, conter e sustentar os pacientes, a capacidade de odiar também possui um valor clínico enorme, sobretudo nos casos de pacientes regredidos.

Considero a capacidade de odiar como a disponibilidade pessoal do analista experimentar o ódio e usá-lo de maneira analítica. Para tanto, ele precisa reconhecê-lo e legitimá-lo. Num primeiro momento, o analista pode se sentir confuso, culpado ou enlouquecido e incapaz de compreender o que se passa entre ele o seu paciente. O ódio ainda não pode ser reconhecido. Num segundo momento, o ódio passa a ser

reconhecido e o analista estabelece uma presença psicossomática pessoal e diferenciada, o que lhe permite se reposicionar na transferência-contratransferência, mantendo o seu pensamento clínico em movimento. O surgimento desse ódio indica uma mudança na qualidade do tipo de transferência-contratransferência em curso na análise: a confusão enlouquecedora perde a sua intensidade e o ódio pode ser alcançado e legitimado.

É claro que essa é apenas uma parte do tema do ódio do analista, pois poderíamos ampliar a nossa discussão e esmiuçar a complexidade desse fenômeno, mas não podemos avançar mais. Ficamos por aqui.

Era isso, amigos.

Searles: Douglas, obrigado por compartilhar conosco a sua ideia.

Winnicott: Obrigado, Douglas. Não temos tempo para discutir o que você disse, mas não importa, pois o que interessa é que você pôde finalizar a nossa reunião com alguma tentativa de proposição do que chama de *a capacidade de o analista odiar*.

Douglas: Vou sair daqui com mais ideias pessoais, Donald. Como não temos mais tempo, vou deixar para conversar sobre ela com amigos e amigas que ficarão interessados em ter notícias de nossas reuniões. .

Searles: Fim?

Douglas: Como terminar? Não sei... Agradeço vocês por terem aceitado o meu convite. Vocês transformaram uma ilusão pessoal numa ilusão compartilhada.

(Breve silêncio)

Searles: Amigo Douglas, obrigado por ter estreitado meus laços com Donald. E, para a minha surpresa, aprendi algo com você.

Winnicott: Quem diria que você ouviria isso, Douglas?

(Risos)

Douglas: Repita, Harold, vou gravar o que você disse.

(Risos)

Searles: Ah, comprarei tudo o que encontrar sobre Ferenczi. Assim nenhum outro analista vai encher a porra do saco.

(Risos)

Winnicott: As nossas reuniões foram prazerosas e produtivas. Ao término delas, sentava-me com Clare e contava-lhe sobre o que conversamos. Clare reconhecia o meu entusiasmo genuíno com nossas reuniões. Preciso conversar mais vezes com Khan sobre elas, estou lhe devendo isso.

Searles: Donald, agora que temos os nossos contatos telefônicos e virtuais, vamos tentar manter a nossa conversa em dia.

Winnicott: Sem dúvida, caro Harold!

Douglas: Não se esqueçam desse jovem analista brasileiro, por favor.

(Risos)

Winnicott: Não será esquecido, Douglas!

Searles: A não ser que leia mais alguma citação de Ferenczi.

(Risos)

Douglas: Em "*Elasticidade da técnica psicanalítica*", Ferenczi afirma...

Winnicott: Chega!

(Risos)

Douglas: Um abraço, amigos!

Winnicott: Até breve!

Searles: Tchau!

ÚLTIMAS PALAVRAS

Leitores e leitoras,

Como quase todo autor ao término de sua criação, chego ao final dessa ilusão compartilhada com a certeza de que a estória poderia ter sido escrita de outra maneira, talvez com menos reuniões e capítulos, ou até mesmo feita em outro formato – as possibilidades de criação são infinitas. Independentemente da forma por mim escolhida, espero que vocês fechem essas páginas tendo compreendido um pouco melhor o pensamento clínico de nossos personagens, já que se trata de um trabalho psicanalítico e não literário. O meio não pode ter prejudicado a finalidade do trabalho.

Que cada um e cada uma possam criar os seus diálogos internos com os personagens-analistas que são importantes interlocutores no trabalho clínico de vocês – e então a estória terá servido de estímulo para novas construções da imaginação. Caso nossas palavras tenham os ajudado nisso, dispeço-me feliz.

Agradeço-lhes por terem me acompanhado nesta ilusão compartilhada. Sem vocês, queridos leitores e leitoras, ela nunca teria aconteceria. A loucura pessoal se tornou uma ilusão humana intersubjetiva.

Que nos encontremos noutras tantas ilusões!

REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AB´SABER, T.A.M. *Winnicott: experiência e paradoxo*. São Paulo: Ubu Editora, 2021.
- ARON, L. From Ferenczi to Searles and contemporary relational approaches: Commentary on Mark Blechner’s “Working in the countertransference”. *Psychoanalytic Dialogues*, vol. 2, pp.181-190, 1992.
- ARON, L; LIEBERMAN. In memory of Harold Searles: 1918-2015, *Psychoanalytic Dialogues*, vol.27, n.2, pp.182-191, 2017.
- ASSIS, M. (1881). Memórias póstumas de Brás Cubas. In: _____. *Todos os romances e contos consagrados de Machado de Assis*. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2016, pp.17-205.
- BALBUENA, F. Fromm-Reichman: Una vida consagrada al tratamiento de la persona con esquizofrenia. *Clínica e Investigación Relacional*, vol.5, n.3, pp. 493-505, 2011.
- _____. ¿Qué nos ha enseñado H. F. Searles? Una revisión de su práctica clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, vol.10, n.1, pp.247-261, 2016.
- _____. Harold Searles: Lifelong work of a master clinician. *The American Journal of Psychoanalysis*, vol. 78, pp. 287-306, 2018.
- BALINT, M. (1951). On love and hate. In: _____. *Primary love and psycho-analytic technique*. London: Karnac books, 1985, p.141-158.
- _____.(1968). *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. 2.ed. São Paulo: Zagodoni, 2014.
- BARROS, M. Infantil. In: _____. *Meu quintal é maior do que o mundo: antologia*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015, p.126.
- _____. *Livro sobre nada*. Rio de Janeiro: Alfaguara, 2016.
- BARROS, M.N.C. *A trama paradoxal do ódio no psiquismo*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, 2013. Universidade Católica de Pernambuco, 2013.
- BERENDT, J-E; HUESMANN, T. *O livro do Jazz: de Nova Orleans ao século XXI*. São Paulo: Editora Perspectiva: Edições Sesc, 2014.
- BION, W.R. (1962). *Aprender da experiência*. São Paulo: Blucher, 2021.
- _____. (1967). *Estudos psicanalíticos revisados – second thoughts*. 3.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BOLLAS, C. (1987). O ódio amoroso. In: _____. *A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não pensado*. São Paulo: Escuta, 2015, pp.149-195.

CARVALHO, C. *A lua vem da Ásia*. 5.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

CESAR, F.F. *Asas presas no sótão: psicanálise dos casos intratáveis*. Aparecida, São Paulo: Ideias e Letras, 2009.

COELHO JUNIOR, N.E. A matriz ferencziana. In: _____. FIGUEIREDO, L.C; COELHO JUNIOR, N.E. *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher, 2018, pp.117-186.

_____. Tradição e ruptura na clínica: Ferenczi, relações de objeto e psicanálise relacional. In: FULGENCIO, L; GURFINKEL, D. *Relações e objeto na psicanálise: ontem e hoje*. São Paulo: Blucher, 2021, pp.45-64.

COELHO, JUNIOR. N.E; FIGUEIREDO, L.C. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. In: COLEHOR JUNIOR, N.E; SALEM, P; KLAUTAU, P. (Orgs). *Dimensões da intersubjetividade*. São Paulo: Escuta, 2012, pp.19-35.

CROMBERG, R. *Paranoia*. São Paulo: Casa do psicólogo: 2010.

DAL MOLIN, E.C. *O caderno de Wassily: um estudo sobre a violência na clínica psicanalítica*. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018. Universidade de São Paulo, 2018.

DAL MOLIN, *et al.* “Enlouquecer com”: o caso Ferenczi e algumas questões para a psicanálise contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, vol.23, n.1, pp. 221-244, jun, 2020.

DAVIS, M; WALLBRIDGE, D. *Limite e espaço: uma introdução à obra de D.W.Winnicott*. Imago: Rio de Janeiro, 1982.

DIAS, E.O. Winnicott em Nova Iorque: um exemplo da incomunicabilidade entre paradigmas. *Natureza Humana*, vol.7, n.1, pp.179-206, jan-jun,2005.

_____. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. In: _____. *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW Editorial, 2011, pp.15-50.

_____. *A teoria do amadurecimento de D.W.Winnicott*. 2.ed. São Paulo: DWW Editorial, 2012.

ELIOT, T.S. (1943). Quatro quartetos. In: _____. *Poesia*. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1981, pp.195-234.

FÉDIDA, P. Préface. In: SEARLES, H. *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris: Gallimard, 1977, pp.11-32.

FERENCZI, S. (1911). O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. In: _____. *Psicanálise II*. São Paulo: Martins Fontes, 2011, pp. 45-61.

_____. (1924). Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade. In: _____. *Psicanálise III*. São Paulo: Martins fontes, 2011, pp.277-357.

_____. (1928a). A adaptação da família à criança. In: _____. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins fontes, 2011, pp.1-16.

_____. (1928b). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: _____. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins fontes, 2011, pp.29-42.

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

_____. (1931). Análise de crianças com adultos. In: _____. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins fontes, 2011, pp.79-96.

_____. (1933). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: _____. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins fontes, 2011, pp.111-135.

_____. *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FIGUEIREDO, L.C; COELHO JUNIOR, N.E. *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher, 2018, pp.117-186.

FRANCO, W. *Autorização e angústia de influência em Winnicott*. Belo Horizonte: Artesã, 2019.

FREUD, S. (1911). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*Dementia Paranoides*) relatado em autobiografia. In: _____. *Obras Completas Volume 10*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, pp.13-107.

_____. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: _____. *Obras Completas Volume 10*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, pp.162-239.

_____. (1915). Os instintos e seus destinos. In: _____. *Obras Completas Volume 12*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, pp.51-81.

_____. (1920). Além do princípio de prazer. In: _____. *Obras completas Volume 14*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.13-123.

_____. (1930). O mal-estar na civilização. In: _____. *Obras completas Volume 18*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.161-239.

FROMM-REICHMANN, F. (1939). Problemas de la transferencia em los esquizofrénicos. In: _____. *Psicoterapia intensiva em la esquizofrenia y en los maníacos depresivos*. 3.ed. Buenos Aires: Horme, 1978, pp. 7-21.

_____. *Principios de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires: Hormé, 1965.

_____. *Psicoterapia intensiva em la esquizofrenia y en los maníacos depresivos*. 3.ed. Buenos Aires: Horne, 1978.

FULGÊNCIO, L. *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni, 2016.

_____. *Psicanálise do ser: a teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional como uma psicologia de base fenomenológica*. São Paulo: Edusp, 2020.

GERBER, I; FIGUEIREDO, L.C. *Por que Bion?* São Paulo: Zagodoni, 2018.

GOMES, S. Winnicott e Margaret Little: o manejo do silêncio em uma paciente difícil. *Trieb*, vol. 14, n.1 e 2, pp.129-145, 2015,

_____. *A gramática do silêncio em Winnicott*. São Paulo: Zagodoni, 2017.

GONDAR, J. Um crítico da normatividade. In: REIS, E.S; GONDAR, J. *Com Ferenczi: o coletivo na clínica: racismo, fragmentações, trânsitos*. São Paulo: Zagodoni, 2022, pp.217-231.

GUIMARÃES, H.S. Figurações do leitor no romance de Machado de Assis. In: ROCHA, J.C.C. *Machado de Assis: lido e relido*. Campinas: Editora da Unicamp, 2016, pp.231-245.

GURFINKEL, D. *Relações de objeto*. São Paulo: Blucher, 2017.

HEIMANN, P. (1950). On counter-transference. In: FURMAN, A.C; LEVY, S.T. *Influential papers from the 1950s*. London: Karnac, 2003, pp.27-34.

HOBBSAWN, E.J. *História social do Jazz*. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1990.

JACOBSON, E. *El self (si mesmo) y el mundo objetal*. Buenos Aires: Editorial Beta, 1969.

JEAMMET, N. *O ódio necessário*. Lisboa: Estampa, 1991.

_____. Ódio. In: MIJOLLA, A. *Dicionário internacional de psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. Rio de Janeiro: Imago, 2005, p.1310.

KAHR, B. Winnicott's "Anni Horribiles": The Biographical Roots of "Hate in the Counter-transference". *American Imago*, vol. 68, n. 2, pp.173–211, 2011.

_____. *Tea with Winnicott*. London: Karnac, 2016.

KHAN, M. (1958). Introdução por M.Masud R. Khan. In: WINNICOTT, D.W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp.11-53.

_____. (1963). O conceito de trauma cumulativo. In: _____. *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977, pp.57-76.

_____. Review Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. *International Journal of Psychoanalysis*. 62, pp.128-299, 1981.

_____. *Quando a primavera chegar: despertares em psicanálise clínica*. São Paulo: Escuta, 1991.

KLEIN, T. *A experiência para a psicanálise: sobre corporeidade, tempo e sentido*. 2020. Tese (Doutorado em Teoria psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020.

KON, N.M. *A viagem: da literatura à psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

KUPERMANN, D. A libido e o alibi do psicanalista: uma incursão pelo Diário clínico de Ferenczi. *Pulsional: revista de Psicanálise*. Ano XVI, n.168, pp.47-57, abr/2003.

LANGS, R; SEARLES, H.F. *Intrapsychic and interpersonal dimensions of treatment: A clinical dialogue*. London: Jason Aronson, 1980.

LEJARRAGA, A. L. Reflexões sobre a noção winnicottiana de necessidades egoicas. In: _____. *Sexualidade infantil e intimidade: diálogos winnicottianos*. Rio de Janeiro: Garamond, 2015, pp.57-72.

LIBERMAN, A.I. Harold Searles: Algumas notas sobre un psicoanalista discreto. *Clínica e Investigación Relacional*, vol.10, n.1, pp.240-246, 2016.

LITTLE, M. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. In: FURMAN, A.C; LEVY, S.T. *Influential papers from the 1950s*. London: Karnac, 2003, pp.35-54.

_____. Review collected papers on schizophrenia and related subjects. *International Journal of Psychoanalysis*, n.48, pp.112-117, 1967.

_____. (1981). On delusional transference (transference psychosis). In: _____. *Transference neurosis and transference psychosis*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson, 1993, pp.81-92.

MAHLER, M.S. *Simbiosis humana: las vicissitudes de la individuacion*. Mexico: Editorial Joaquin Mortiz, 1968.

_____. (1967). Sobre a simbiose humana e as vicissitudes da individuação. In: _____. *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982, pp.66-81.

_____. *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MAISTRE, X. *Viagem à roda do meu quarto*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

MENEZES, LC. O ódio e a destrutividade na metapsicologia freudiana. In: _____. *Fundamentos de uma clínica freudiana*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001, pp.145-155.

MEZAN, R. Reformulações da metapsicologia. In: _____. *O tronco e os ramos: estudos de história da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, pp.137-208.

MILNER, M. (1972). Winnicott e a viagem de ida e volta. In: _____. *A loucura suprimida do homem são: quarenta e quatro anos explorando a psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1991, pp.244-250.

MILROD, D. (1968). Reunião da Sociedade Psicanalítica de Nova Iorque de 12 de novembro de 1968. *Natureza Humana*, vol.7, n.1, pp.237-249, jan-jun,2005.

MINERBO, M. *Neurose e não-neurose*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2009.

NAFFAH NETO, A. Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. *Natureza Humana*, vol.7, n. 2, pp. 433-454, 2005.

_____. O caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, vol.41, n.75, pp.107-121, dez.2008.

_____. Sobre a elaboração imaginativa das funções corporais: corpo e intersubjetividade na constituição do psiquismo. In: COELHO JUNIOR, N.E; SALEM, P; KLAUTAU, P. (Orgs). *Dimensões da intersubjetividade*. São Paulo: Escuta, 2012, pp.39-56.

_____. Melanie Klein e Winnicott: porta-vozes das tradições de Abraham e Ferenczi. In: CINTRA, E.M.U; RIBEIRO, M.F.R. (Orgs). *Melanie Klein na psicanálise contemporânea: teoria, clínica e cultura*. São Paulo: Zagodoni, 2019, pp.115-130.

NEWMAN, A. *As ideias de D.W. Winnicott: um guia*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

OGDEN, T.H. (2007). “Amor edípico na contratransferência” e “Identificação inconsciente”, de Harold Searles. In: _____. *Leituras criativas: Ensaio sobre obras analíticas seminais*. São Paulo: Escuta, 2014, pp.219-244.

_____. On psychoanalytic supervision. In: _____. *Rediscovering Psychoanalysis: Thinking and Dreaming, Learning and Forgetting*. London New York: Routledge, 2009, pp.31-49.

_____. Ontological psychoanalysis or “what do you what to be when grow up? *The psychoanalytic quartely*, vol. LXXXVIII, n.4, pp.661-684, 2019,

OLIVEIRA FILHO, C. *Pelos caminhos do ódio – da pulsão ao narcisismo*. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2021. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

PENTEADO, M.A.B. *Investigações sobre a relação entre o ser humano e os cães no mundo contemporâneo: a memória do ethos*. Dissertação em Psicologia Clínica. Universidade de São Paulo, 2021. São Paulo: 121 f.

PEREIRA, D. Para uma abertura ao pensamento clínico de Harold Searles: chaves de leitura e compreensão. In: GOMES, S; PAIVA, R.L. *Nebulosa Marginal: teoria e clínica*. Rio de Janeiro: Inm Editora, 2022, pp. 273-286.

PEREIRA, D; COELHO JUNIOR, N.E. O ódio em análise. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, vol.52, n.96, pp.49-62, 2019a.

_____. O relato de uma experiência estranha: o surgimento do ódio no analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol.53,n.1, p.49-62,2019b.

_____. Intersubjetividade no pensamento clínico de Harold Searles: ressonâncias contemporâneas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia. Fundamental*, São Paulo, vol.25, n.1, pp. 43-65, mar. 2022.

PEREIRA ROBERT, P.F. *Da transferência negativa à destrutividade: percursos da clínica psicanalítica*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2015.

PEREIRA ROBERT, P.F; KUPERMANN, D. Suportar o ódio, suportar o próprio ódio: os casos R.N., S.I. e os limites na clínica de Ferenczi. *Cadernos de Psicanálise*, vol 37, n.33, pp.175-193, jul/dez, 2015.

PHILLIPS, A. *Winnicott*. Aparecida, São Paulo: Ideias e letras, 2006.

PONTALIS, J-B. (1977). A partir da contratransferência: o morto e o vivo entrelaçados. In: _____. *Entre o sonho e a dor*. Aparecida: Ideias e letras, 2005, pp.233-250.

_____. (1988). O ódio ilegítimo. In: _____. *Perder de vista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991, p.28-33.

RACKER, H. (1953). A neurose de contratransferência. In: _____. *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes médicas, 1982, pp.100-119.

RIBEIRO, A; CAROPRESO, F. A teoria de Margaret Mahler sobre o desenvolvimento psíquico precoce normal. *Psicologia em Revista*, vol.24, n.3, pp.894-914, 2018.

RIBEIRO, M.F.R. Da identificação projetiva ao conceito de terceiro analítico de Thomas Ogden: Um pensamento psicanalítico em busca de um autor. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, vol. 23, n.1, pp. 57-65, 2020.

RODMAN, F.R. *Winnicott: life and work*. Cambridge: Perseus books, 2003.

ROSA, M.D; DA COSTA, A.M.M; PRUDENTE, S (Orgs). *As escritas do ódio: psicanálise e política*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2018.

ROSENFELD, H. (1965). *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

_____. On the Treatment of Psychotic States by Psychoanalysis: An Historical Approach. *International Journal of Psychoanalysis*, n.50, pp. 615-631, 1969.

SAFRA, G. *Momentos mutativos em Psicanálise: uma visão winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

_____. O amor primitivo na constituição da subjetividade. In: CATAFESTA, I.F.M. *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a universidade*. Comemoração do centenário de nascimento de D.W. Winnicott na Universidade de São Paulo. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, pp.33-42.

_____. A clínica em Winnicott. *Natureza humana*, vol.1.n.1, pp.91-101, 1999.

_____. *Análise winnicottiana: teoria e clínica*. Estudo de Holding e Interpretação. São Paulo: Edições Sobornost, 2003-2004. (curso disponível em DVD).

_____. *Revisitando Piggle: um caso de psicanálise segundo a demanda*. São Paulo: Edições Sobornost, 2005a.

_____. *A face estética do self: teoria e clínica*. 7.ed. Aparecida: Ideias e letras, 2005b.

_____. Seminário de Gilberto Safra no Sedes. In: FERREIRA, A.M (Org). *Espaço potencial Winnicott: diversidade e interlocução*. São Paulo: Landy editor, 2007, pp.49-66.

_____. Alguns princípios fundamentais subjacentes à clínica winnicottiana. In: FERREIRA, A.M et al. *A presença de Winnicott no viver criativo: diversidade e interlocução*. São Paulo: Editora ZY, 2009a, pp.13-22.

_____. Os registros do masculino e feminino na constituição do self. *Jornal de Psicanálise*, vol.42, n.76, pp.77-89, jun.2009b.

SANTIAGO, S. *Machado: romance*. São Paulo: Companhia das letras, 2016.

SAWYER, A. Let's Talk: A Narrative of Mental Illness, Recovery, and the Psychotherapist's Personal Treatment. *Journal of clinical psychology: in session*, vol.67, n.8, pp.776-788, 2011.

SEARLES, H.F. (1948). Concerning transference and countertransference. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 27, 165-188, 1978-1979.

_____. (1951). Data concerning certain manifestation of incorporation. In: _____. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Karnac Books, 1965, pp.39-69.

_____. (1955). Dependency processes in the psychotherapy of schizophrenia. In: _____. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Karnac Books, 1965, pp.114-156.

_____. (1958). A vulnerabilidade do esquizofrênico para os processos inconscientes do terapeuta. *Pulsional*, Ano X, n.98, pp.40-61, jun, 1997

_____. (1959a). Integration and differentiation in schizophrenia. In: _____. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Karnac Books, 1965, pp.304-316.

_____. (1959b). Integration and differentiation in schizophrenia: an over-all view. In: _____. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Karnac Books, 1965, pp.317-348.

_____. (1959c). O esforço para enlouquecer o outro: um elemento na etiologia e na psicoterapia da esquizofrenia. In: VELHO, G; FIGUEIRA, S.A. (orgs). *Família, Psicologia e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981, pp.47-74.

_____. *The Non-human Environment in Normal Development and in Schizophrenia*. New York: International Universities Press, 1960.

_____. (1961a). Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia. In: _____. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Karnac Books, 1965, pp.521-559.

_____. (1961b). The evolution of the mother transference in psychotherapy with the schizophrenic patient. In: _____. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Karnac Books, 1965, pp.349-380.

_____. (1963). Transference psychosis in the psychotherapy of chronic schizophrenia. In: _____. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. London: Karnac Books, 1965, pp.654-716.

_____. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. Karnac Books, 1965a.

_____. (1965b). Identity development in Edith Jacobson's *The Self and the Object World*. In: _____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979, pp.36-44.

_____. (1966-1967). Concerning the development of an identity. In: _____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979, pp.45-70.

_____. (1967). The "dedicated physician" in the field of psychotherapy and psychoanalysis. In: _____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979, pp.71-88.

_____. Correspondence. *International Journal of Psychoanalysis*, 51, p.565, 1970.

_____. (1971). Pathologic symbiosis and autism. In: _____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979, pp.132-148.

_____. (1972a). *Unconscious processes in relation to the environmental crisis*. In: _____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979, pp.228-242.

_____. (1972b). Concerning therapeutic symbiosis: the patient as symbiotic therapist, the phase of ambivalent symbiosis, and the role of jealousy in the fragmented ego. In:

_____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979, pp.172-191.

_____. (1972c). The function of the patient's realistic perceptions of the analyst in delusional transference. In: _____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979, pp.196-227.

_____. (1972d). Countertransference and theoretical model. In: _____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979, pp.373-379.

_____. (1975). The patient as therapist to his analyst. In: _____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979, pp.380-459.

_____. (1976). Transitional phenomena and therapeutic symbiosis. In: _____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979, pp.503-576.

_____. Harold F. Searles: A dialogue on psychoanalysis. *Modern Psychoanalysis*, vol.3, n.1, pp.3-11, 1978.

_____. *Countertransference and related subjects*. Madison Connecticut: International Universities Press, 1979.

_____. Techniques of therapy. In: _____. *My Work with Borderline Patients*. Maryland: Jason Aronson, 1986a, pp.3-25.

_____. *My Work with Borderline Patients*. Maryland: Jason Aronson, 1986b.

_____. Countertransference as a path to understanding and helping the patient. In: *My Work with Borderline Patients*. Maryland: Jason Aronson, 1986c, pp.189-227.

_____. Harold Searles talks to Martin Staton. *Free associations*, vol.3, n.27, pp.323-329, 1992.

SILVER, A-L.S. Ferenczi's early impact on Washington DC. In: RUDNITSKY, P.L.; BÓKAY, A; GIAMPIERI-DEUTSCH, P. (Orgs). *Ferenczi's Turn in Psychoanalysis*. New York: New York University Press, 1996, pp.89-106.

_____. Towards a new Chestnut Lodge. *Contemporary Psychoanalysis*, vol.55, pp.45-60, 2019.

SIMANKE, R.T. Além do bem e do mal. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol.53,n.1, p.125-148,2019.

SOUFFIR, V. *Harold Searles*. Paris: PUF, 2005.

STANCHI, D.F. *A materialidade como evento poético: um estudo hermenêutico a partir do caso Piggle de D.W. Winnicott*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2014.

STERNE, L. (1759). *A vida e as opiniões do cavalheiro Tristram Shandy*. São Paulo: Penguin-Companhia das Letras, 2022.

SULLIVAN, H.S. (1953). *La teoria interpersonal de la psiquiatria*. Buenos Aires: Psique, 1959.

_____. *Estudios clínicos de psiquiatria*. Buenos Aires: Psique, 1974.

TREVISAN, J.S. *Vagas notícias de Melinha Marchiotti*. São Paulo: Global, 1984.

WAUGAMAN, R.M; SEARLES, H.F. Infinite reflections: the opening phase of intensive psychotherapy with a chronically schizophrenic patient. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, vol.18, n.1, pp-99-114, 1990.

WAUGAMAN, R.M. Searles's discovery of the parallel process in supervision. *Psychiatry*, n.78, pp. 225–230, 2015.

_____. A 1961 portrait of Harold F.Searles. *Psychoanalytic inquiry*, vol.42, n.5, pp.365-373, 2022a.

_____. Harold F. Searles case conference at Chestnut Lodge. September 20, 1961: Joan Douglas. *Psychoanalytic inquiry*, vol.42, n.5, pp.307-317, 2022b

_____. Prologue: Revisiting Chestnut Lodge: A Case Presentation by Harold F. Searles in 1961. *Psychoanalytic inquiry*, vol.42, n.5, pp.305-306, 2022c.

_____. Epilogue: Revisiting Chestnut Lodge: A Case Presentation by Harold F. Searles in 1961. *Psychoanalytic inquiry*, vol.42, n.5, pp.374-375, 2022d.

WINNICOTT, C. D.W.W.: Uma reflexão. In: WINNICOTT, D.W. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.1-13.

WINNICOTT, D.W. (1931). Nota sobre normalidade e ansiedade. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp. 57-76.

_____. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp. 218-232.

_____. (1947). O ódio na contratransferência. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp. 277-287.

_____. (1948). Pediatria e psiquiatria. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp. 233-253.

_____. (1950-1955). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp. 288-304.

_____. (1952a). Ansiedade associada à insegurança. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp. 163-167.

_____. (1952b). Psicoses e cuidados maternos. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp.305-315.

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

_____. (1955-6). Formas clínicas da transferência. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 393-398.

_____. (1956). A preocupação materna primária. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 399-405.

_____. (1959). O destino do objeto transicional. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.44-48.

_____. (1960a). Teoria do relacionamento pais-bebê. In: _____. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo: Ubu, 2022, pp.44-69.

_____. (1960b). Contratransferência. In: _____. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo: Ubu, 2022, pp.202-211.

_____. (1962a). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo: Ubu, 2022, pp.229-247.

_____. (1962b). Provisão para a criança na saúde e na crise. In: _____. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo: Ubu, 2022, pp.79-90.

_____. (1963a). Resenha de The Non-human Environment in Normal and in Schizophrenia. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.362-364.

_____. (1963b). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: _____. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo: Ubu, 2022, pp.229-247.

_____. (1963c). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: _____. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo: Ubu, 2022, pp.104-116.

_____. (1963d). O medo do colapso. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.70-76.

_____. (1963e). Um sonho de D.W.W. relacionado a uma resenha de um livro de Jung. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.178-179.

_____. (1963f). Dependência no cuidado do bebê, no cuidado da criança e no setting psicanalítico. In: _____. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo: Ubu, 2022, pp.321-334.

_____. (1964a). O recém-nascido e sua mãe. In: _____. *Bebês e suas mães*. São Paulo: Ubu, 2020, pp.47-63.

_____. (1964b). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.77-81.

_____. (1965a). Mais ideias sobre os bebês como pessoas. In: _____. *A criança e o seu mundo*. 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982, pp.95-103.

_____. (1965b). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.102-115.

_____. (1965c). O valor da consulta terapêutica. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.244-248.

_____. (1966). A mãe dedicada comum. In: _____. *Bebês e suas mães*. São Paulo: Ubu, 2020, pp.17-28.

_____. (1967). D.W.W sobre D.W.W. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.433-443.

_____. (1968). A comunicação do bebê com a mãe e da mãe com o bebê, comparada e contrastada. In: _____. *Bebês e suas mães*. São Paulo: Ubu, 2020, pp.104-120.

_____. (1969a) A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.195-202.

_____. (1969b). O uso de um objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp.187-191.

_____. (1970). Vivendo de modo criativo. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011, pp.23-40.

_____. (1971a). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. (1971b). A localização da experiência cultural. In: _____. *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu, 2019, pp.154-166.

_____. (1971c). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu, 2019, pp.13-51.

_____. (1971d). O brincar: proposição teórica. In: _____. *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu, 2019, pp.69-90.

_____. (1971e). A criatividade e suas origens. In: _____. *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu, 2019, pp.108-140.

_____. (1971f). O uso de um objeto e a relação por meio de identificações. In: _____. *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu, 2019, pp.141-153.

_____. (1972). *Holdings e interpretação*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p.169.

_____. (1978). *The Piggle*: relato do tratamento psicanalítico de uma menina. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

_____. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. *Gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes: 2005.

YOUNG, R. M. The vicissitudes of transference and countertransference: the work of Harold Searles. *Free Associations*, vol, 5, n.34, pp.171-195, 1995.

ZAIDAN, E; CINTRA, E.M.U. Neurose obsessiva e o ódio narcísico. *Jornal de psicanálise*, vol.52, n.96, p.33-47, 2019.

APÊNDICE

Breve comentário sobre Harold Searles⁵⁹⁵

Harold Searles é um autor citado no Brasil, mas, infelizmente, não temos à disposição nenhum estudo brasileiro sobre o pensamento desse analista. Diferentemente de Winnicott, que possui um importante lugar em nosso meio analítico, Searles, apesar de suas contribuições para o trabalho clínico com pacientes psicóticos e *borderlines*, ainda é um autor relativamente desconhecido por aqui (PEREIRA, 2022; PEREIRA; COELHO JUNIOR, 2022). Por esse motivo, faz-se necessário uma breve apresentação da figura de Searles e de seu trabalho.

O meio psiquiátrico dos Estados Unidos das primeiras décadas do século vinte estavam em efervescência. A ida de Freud para as suas famosas conferências na Clark University mostra o interesse dos psiquiatras americanos pela psicanálise. Além da figura de Freud, outro analista se torna admirado e estudado pelos americanos: Sándor Ferenczi. Em 1926, esse clínico genial se apresentou para plateias do novo continente. Um de seus espectadores foi o psiquiatra Harry Stack Sullivan, importante figura na psicanálise dos Estados Unidos e na formação de Searles (SILVER, 1996; 2019).

Sullivan, empolgado com o pensamento de Ferenczi, convence uma amiga, Clara Thompson, a viajar para a Europa e ser analisada pelo húngaro. Ela aceita a ideia e se torna paciente de Ferenczi – Clara Thompson é a paciente D.M. do “*Diário Clínico*”.

De volta aos Estados Unidos, Thompson torna-se analista de Sullivan – a análise durou poucos meses. De maneira direta, considerando as suas conferências em solo americano, ou de maneira indireta, via Thompson, reconhece-se a influência do pensamento ferencziano na psicanálise desse país (SILVER, 1996). Não há dúvidas que encontramos a marca de Ferenczi no pensamento de Harold Searles (ARON, 1992; BALBUENA, 2018, COELHO JUNIOR, 2018; 2021; PEREIRA; COELHO JUNIOR, 2022).

Sullivan, arguto clínico e precursor da psicanálise interpessoal⁵⁹⁶, construiu uma teoria que foi chamada de “*Psiquiatria Interpessoal*”. Em linhas gerais, ele propôs um

⁵⁹⁵ Em outra situação, com mais fôlego, pretendo escrever uma introdução mais ampla ao pensamento de Searles.

tipo de pensamento psicodinâmico focado na interação interpessoal entre analista e paciente. O seu modo de pensar tem como pressuposto a existência precoce das relações de objeto. Para ele, crítico de algumas posições de Freud, as pulsões e a sexualidade estão em segundo plano. A atenção do clínico, segundo Sullivan, deve estar na relação interpessoal desenvolvida durante uma sessão de análise.

Sullivan estava interessado nos diferentes modos dos pacientes experimentarem o mundo e os relacionamentos interpessoais – ele atendia, sobretudo, pessoas esquizofrênicas. Ele postulou (1953/1969) três tipos de experiência: *a protática*: a primeira vivida pelos humanos. Nela, as experiências não podem ser integradas, já que são experimentadas como se não se relacionassem entre si, visto que o bebê ainda não alcançou a possibilidade de possuir um passado e um presente. Não há, neste momento, a consciência de si e do outro. “A maneira protática, que parece ser a base geral de memória, é mais tosca, ou melhor dizendo, a mais simples, primitiva e, possivelmente, abundante em experiência” (p.50, tradução minha); *a paratática*: são experiências pré-lógicas. Apesar de estarem num nível mais sofisticado do que as vivências protáticas, elas acontecem de maneira ilógica. As experiências, deste modo, são reconhecidas como eventos isolados e sem conexões entre si; *a sintática*: alcança-se a capacidade de usar a linguagem verbal e compreender os significados que são construídos e compartilhados numa relação interpessoal simbólico⁵⁹⁷.

A teoria de Sullivan é extensa e não merece ser resumida em poucas palavras. Apenas apresento algumas de suas ideias para indicar que de maneira o seu pensamento influenciou Searles, que admirava Sullivan e o seu enfoque psicoterapêutico interpessoal (LANGS; SEARLES, 1980).

Outra personagem importante nesta história é Frieda Fromm-Reichmann, pioneira no atendimento de pacientes psicóticos⁵⁹⁸. Fugindo da tragédia nazista que assolava a Europa, ela se refugiou nos Estados Unidos e ingressou como profissional do

⁵⁹⁶ Sobre a história da psicanálise nos Estados Unidos e os primórdios da psicanálise interpessoal, ver Coelho Junior (2021).

⁵⁹⁷ O trabalho de Sullivan é extenso e de maneira alguma é simples de ser resumido em poucas linhas. Aos interessados indicados os livros “*A teoria interpessoal da psiquiatria*” (1953/1969) e “*Estudos clínicos de psiquiatria*” (1974).

⁵⁹⁸ Aliás, lendo o trabalho de Frieda Fromm-Reichmann (1939/1978; 1965; 1978), fico com a impressão de que o seu nome pouco circula em nosso meio psicanalítico. O que não deixa de ser estranho, considerando o seu pioneirismo que no tratamento de pacientes esquizofrênicos.

hospital psiquiátrico Chestnut Lodge⁵⁹⁹ – instituição que acolherá Searles em suas fileiras de analistas, isso no final dos anos 40.

Ainda na Europa, Fromm-Reichmann foi influenciada pelo pensamento de Ferenczi, e trabalhou diretamente com um amigo do analista húngaro, Groddeck. Nos Estados Unidos, ela se aproximou do pensamento de Sullivan, chegando a considerá-lo um de seus mestres⁶⁰⁰ (SILVER; 1996).

Em seu trabalho pioneiro, Fromm-Reichmann, diferentemente da opinião predominante naquele momento histórico da psicanálise, refutou a ideia de que os pacientes psicóticos não eram analisáveis, pois não estabeleciam transferências. Nada mais enganoso. Muito pelo contrário: os psicóticos estabelecem transferências intensas e são extremamente sensíveis ao comportamento e sentimentos do analista (1939/1978) – tema de profundo interesse para Searles (1958/1997). Com este tipo de paciente, como bem sabemos hoje, a transferência ganha uma tonalidade delirante, é concreta, e não possui a qualidade “como se”, tão bem estabelecida na neurose de transferência.

Fromm-Reichmann é outra influência para Searles, apesar da ambivalência que ele sentia por ela. Frieda, inclusive, chegou a ajudá-lo a publicar o seu primeiro livro (LANGS; SEARLES, 1980).

Vamos ao homem Searles.

Harold Frederick Searles nasceu em 1918 num pequeno vilarejo de 1500 pessoas, Catskills, no Estado de Nova York. Cresceu num lar constituído por seus pais e uma irmã mais velha. Segundo ele, o seu pai era um “porco chauvinista”, paranoico, racista, antissemita, um homem profundamente perturbado, mas bem-humorado e divertido. A mãe de Searles era uma mulher de um caráter do tipo esquizoide (LANGS; SEARLES, 1980).

Durante os anos de sua juventude, ele sofreu o que considera uma espécie de adoecimento esquizofrênico, mas nunca foi hospitalizado (LANGS; SEARLES, 1980).

⁵⁹⁹ Focada no atendimento de pacientes esquizofrênicos em ambiente hospitalar, essa instituição realizava um pioneiro trabalho analítico sem o uso das recentes medicações psicotrópicas surgidas nas décadas de 50 e 60. Os pacientes faziam análises por muitos anos e com uma frequência de quatro vezes por semana. Aos interessados na história desse hospital, indica os trabalhos de Silver (1996; 2019). Em uma fértil discussão sobre o trabalho de Searles, Moises Rodrigues da Silva Junior, analista com grande experiência no trabalho com pacientes psicóticos, ajudou-me a pensar de que maneira esse tipo de intervenção realizada no Chestnut Lodge se diferencia de nosso modelo atual de saúde mental. Hoje, sem dúvida, temos à disposição mais estratégias terapêuticas para o cuidado de pacientes psicóticos, tais como o trabalho em grupo, acompanhamento terapêutico e convívio social no mundo compartilhado. Agradeço Moises pelas generosas conversas e sugestões atenciosas.

⁶⁰⁰ Frieda Fromm-Reichmann dedica o livro “*Princípios de psicoterapia intensiva*” (1965) aos seus mestres, Sigmund Freud, Kurt Goldstein, Georg Groddeck e Harry Stack Sullivan.

Na década de 80, o autor reconheceu em si um modo de existir que o aproxima dos pacientes *borderlines* (SEARLES, 1986). Independentemente de classificações diagnósticas, o importante aqui é destacar uma das características de autor: a coragem de se mostrar um tanto “louco” e usar essa “loucura” a favor da análise dos casos de pacientes esquizofrênicos. Como ele costuma afirmar, um analista muito defendido frente aos seus processos psíquicos primitivos tende a recusar ou impedir o estabelecimento de experiências de indiferenciação com pacientes psicóticos. Nada de analistas robóticos, normóticos e impessoais – não para Searles!

Formou-se em medicina em Cornell e, posteriormente, tornou-se psiquiatra pela universidade de Harvard. Em 1941, casou-se com a mulher que seria a companheira de sua vida, Sylvia, com quem teve três filhos⁶⁰¹. Ele fez a sua formação analítica no Washington Psychoanalytic Institute. No decorrer de sua carreira, tornou-se analista didata e professor da universidade de Georgetown (LANGS; SEARLES, 1980).

O seu interesse pela psicanálise surgiu quando leu Freud e ouviu um seminário de Sullivan, o que o motivou a iniciar a sua análise pessoal. Depois de duas entrevistas de análise malsucedidas, nas quais os analistas lhe disseram que ele era um homem que sofria de um problema tipicamente obsessivo, ele iniciou uma análise com Ernest Hadley, um típico analista clássico (LANGS; SEARLES, 1980). Se por um lado Searles reconheceu como a análise com Hadley o ajudou, por outro, de maneira ambivalente, deixou claro que o seu analista tinha certo comportamento analítico estereotipado (SEARLES, 1980; 1965).

Em 1949, ele entrou para a equipe de analistas do Chesnut Lodge, instituição na qual trabalhou por quinze anos. Foi neste lugar que se deu o seu contato mais íntimo com os pacientes esquizofrênicos. Sem dúvida, Chestnut Lodge teve um papel fundamental na formação de seu pensamento (LANGS; SEARLES, 1980).

Dono de um estilo pessoal, corajoso e instigante (PEREIRA, 2022; PEREIRA; COELHO JUNIOR, 2022), Searles escreveu por mais de quatro décadas. Uma das características de seu modo de escrever é o compartilhamento de suas vivências contratransferenciais, mostrando-nos como o tipo de experiência pessoal do analista pode indicar a qualidade da transferência – e ele assim o fazia por meio de inúmeras apresentações de vinhetas clínicas. Embora Searles se queixasse de ser pouco reconhecido e citado por seus colegas americanos (LANGS; SEARLES, 1980), ele

⁶⁰¹ A sua filha se tornou uma atriz conhecida na Inglaterra, Sandra Dickinson.

conquistou o reconhecimento e a admiração de importantes analistas europeus, tais como Winnicott, Pontalis, Fédida, Masud Khan e Margaret Little.

Sobre Searles, Thomas Ogden (2014) afirma:

Para mim, nenhum outro escritor analítico se ombréia a Searles na capacidade de captar em palavras as observações relativas à sua resposta emocional ao que ocorre na relação analítica, e ao uso dessas observações no empenho de compreender e de interpretar a transferência-contratransferência (p.219).

Para Ogden, Searles possui uma *teoria clínica*, isto é, um tipo de teorização que é construída da maneira mais próxima possível da fenomenologia dos fenômenos clínicos.

Quando falo de teoria clínica, refiro-me a compreensões propostas, muito próximas da experiência (formuladas em termos de pensamentos, sentimentos e comportamento) de fenômenos que ocorrem no setting clínico. A transferência, por exemplo, é a teoria clínica que formula a hipótese de que certos sentimentos dos pacientes em relação ao analista, sem o conhecimento dele (paciente), se originam em sentimentos que o paciente viveu em relações de objeto anteriores reais e imaginadas, em geral relações da infância. Em contraposição, as teorias psicanalíticas envolvendo níveis superiores de abstração (por exemplo, o modelo topográfico de Freud, o conceito de mundo interno de objetos de Klein e a teoria da função alfa de Bion) propõem metáforas espaciais, e de outros tipos, como maneira de pensar o funcionamento da mente (p.220).

Concordo com essa afirmação de Ogden. Searles, de fato, é um analista interessado em compreender a o tipo de interação interpessoal que se desenvolve na análise de pacientes esquizofrênicos. Ele, mais do que um grande teórico, é uma espécie de “amigo secreto” que conversa conosco sobre coisas que os analistas sentem no relacionamento com os seus pacientes, mas nunca compartilham com os seus colegas (YOUNG, 1995). É como se ele nos falasse: “*sei que assim que nós vivemos e sentimos quando atendemos estes pacientes. Aqui, nesta conversa comigo, não precisa vestir uma capa de um analista neutro, que nada sente e que não comete equívocos. Sejamos sinceros uns com os outros!*” Neste sentido, pode-se considerá-lo herdeiro da crítica de Ferenczi à hipocrisia do analista.

Em 1948, o jovem Searles, ainda em formação, escreveu o artigo “*Concerning transference and countertransference*”. No entanto, esse seu trabalho não foi aceito pelas revistas da época. Apenas no final da década de 70 esse texto foi publicado no periódico “*International Journal of Psychotherapy*”, publicação dirigida por Robert

Langs (SEARLES, 1948/1978-1979). Na mesma linha dos trabalhos publicados na Europa no final da década de 40 e começo dos anos 50, esse artigo de Searles destaca a importância da contratransferência no trabalho clínico. O que mais nos interessa é o fato de Searles dar um lugar especial à pessoa real do analista. Em linhas gerais, ele considera que a transferência é um fenômeno intrapsíquico e interpessoal, pois se constitui tanto num nível do funcionamento mental do paciente (atualizações e repetições das relações objetais primitivas), quanto na dimensão do relacionamento interpessoal e atual com a pessoa real do analista. O que ele tenta enfatizar é que não podemos esquecer de que maneira a pessoa real do analista, o seu modo singular de ser, o seu tipo de comunicação, a sua corporeidade, a forma única de estar no mundo, são ingredientes para a constituição de um determinado tipo de transferência. Para ele, a transferência ocorre com base na relação não-transferencial entre analista e paciente.

Concordo com a afirmação Young (1995): a obra de Searles parece ser um desdobramento de seu interesse original sobre a articulação entre a dimensão intrapsíquica, a realidade do psiquismo do paciente, e a dimensão interpessoal, construída pela dupla analítica e na qual o paciente encontra uma base real para a projeção. De fato, em todos os seus artigos, Searles trabalha essa interação entre a dimensão intrapsíquica e o interpessoal.

Searles publicou inúmeros artigos em revistas especializadas. Além de um longo trabalho sobre o ambiente não-humano (1960), os seus principais artigos estão compilados em três livros (1965; 1979; 1986). Outro documento de interesse histórico e clínico é a série de entrevistas que o autor concedeu a Robert Langs (LANGS; SEARLES, 1980).

- 1) *The non-human environment in normal development and in schizophrenia*: neste trabalho, publicado em 1960, Searles levanta duas hipóteses que fazem parte de seu pensamento clínico: 1) o ser humano nasce indiferenciado do ambiente humano e não-humano. Esse último é formado pelos animais, os objetos naturais (como pedras, areia da praia, etc), a fauna e objetos construídos pelos humanos; 2) por esse motivo, estamos sempre lutando para nos constituirmos como pessoas inteiras e diferenciadas dos humanos e do ambiente não-humano. A princípio, essa ideia pode parecer um tanto estranha, mas, a meu ver, é coerente com o tipo de fenômeno clínico com os quais Searles se deparava no atendimento de pacientes esquizofrênicos. Ele

notou que, por exemplo, a existência de uma indiferenciação do paciente psicótico com o prédio do Chestnut Lodge.

Se pensarmos que Searles está falando sobre momentos muito primitivos de indiferenciação, as suas ideias sobre o ambiente não-humano se tornam menos estranhas. Cabe mencionar, para evitar algum tipo de equívoco, que ele não está pensando no mecanismo psíquico de projeção. Interessa-lhe estudar o que podemos chamar de identificação primária com o ambiente não-humano. Durante nossas vidas, lutamos tanto para nos diferenciar do mundo e dos outros, e, ao mesmo tempo, estamos misturados, pois a existência humana se dá nesse interjogo entre indiferenciação e diferenciação.

- 2) *Collected papers on schizophrenia and related subjects*: coletânea de artigos publicados entre 1951 e 1965. É neste livro que encontramos as bases do pensamento clínico do autor. Vemos como, no desenvolvimento de sua maneira de pensar o adoecimento esquizofrênico, Searles faz uso do termo simbiose, tal como postulado por Margaret Mahler – outra analista que muito o influenciou. Searles encontrou no conceito de simbiose uma ferramenta teórica e clínica que lhe permitiu pensar os estados indiferenciados vividos na relação com os seus pacientes esquizofrênicos. Para ele, a esquizofrenia é um adoecimento decorrente de traumas vividos nas etapas iniciais de desenvolvimento do Eu que impediram o paciente de alcançar uma unidade psicológica minimamente diferenciada e integrada. Neste sentido, a etiologia da esquizofrenia estaria enraizada na impossibilidade do estabelecimento de um relacionamento simbiótico saudável entre a mãe e o bebê. A partir de Mahler, Searles começa a pensar em diferentes modalidades de funcionamento do Eu e na maneira como as experimentamos na transferência-contratransferência com pacientes esquizofrênicos. Autismo, simbiose e individuação seriam essas formas de contato do Eu com a realidade.
- 3) *Countertransference and related subjects: selected papers*: este livro reúne os trabalhos mais maduros de Searles sobre a esquizofrenia e contratransferência. Encontramos, aqui, avanços sobre os diferentes modos

de contato do Eu com a realidade, o autista, o simbiótico e o individuado. Há um esclarecimento necessário que não estava tão bem exposto até esse momento, qual seja, a simbiose tem duas tonalidades: uma *patológica*, que é a reprodução do relacionamento interpessoal patológico da infância. A onipotência da dupla analítica está em pleno vapor e a indiferenciação não leva ao desenvolvimento das capacidades integrativas do paciente; e outra *terapêutica*: trata-se, de fato, da possibilidade haver uma simbiose saudável, esse estado de indiferenciação entre paciente e analista, de uma maneira que, pelo meio da experiência interpessoal e do incremento das capacidades integrativas e diferenciadas, levam ao progressivo desenvolvimento do Eu rumo à individuação, que nunca é completa e total. Em diversos de seus artigos reconhecemos que há um esforço integrador diante do paciente pouco integrado, mas, e que isso fique claro, de maneira alguma Searles considera que se pode alcançar um estado pleno de integração e diferenciação. Para ele, a nossa personalidade, ao invés de ser una e fechada, é múltipla, composta por uma miríade de identificações. O mais importante, a meu ver, é a tentativa de estabelecer comunicação entre as muitas partes que nos compõem. A palavra chave, portanto, é comunicação, e não unidade.

Também encontramos o que pode ser considerada a contribuição mais original de Searles: a formulação da hipótese da existência de uma *tendência psicoterapêutica inata nos humanos*. Os esquizofrênicos tentam curar os pais/analistas para que esses últimos possam, integrando-se de maneira mais consistente, tornar-se bons objetos identificatórios.

- 4) *My work with borderline patients*: é uma coletânea de artigos sobre os atendimentos de casos *borderlines*. Grosso modo, a maneira como Searles pensa o adoecimento *borderline* é similar à forma como teoriza a esquizofrenia. Para ele, os pacientes como esse tipo de adoecimento limite demandam, assim como os esquizofrênicos, uma disponibilidade para viverem experiências primitivas com o analista, sejam elas num nível autista ou simbiótico, que promovam o desenvolvimento de Eu mais integrado e diferenciado. Mas, diferentemente do que vemos na esquizofrenia a céu aberto, os fenômenos de indiferenciação, nos casos *borderlines*, possuem uma tonalidade sutil, visto que existe algum nível de organização defensiva

que permite algum tipo de funcionamento mental mais estruturado do que esquizofrenia.

- 5) *Intrapsychic and interpersonal dimensions of treatment*: trata-se de uma série de entrevistas que Searles concedeu a Robert Langs, reconhecido analista americano. Aspectos pessoais, teóricos e clínicos são amplamente discutidos pelos autores. São dois homens com naturezas muito distintas. Enquanto Langs é um analista com um conhecimento enciclopédico que esforça organizar o pensamento analítico e apontar relações teóricas não devidamente reconhecidas por seu interlocutor, tais como a relação de Searles com Bion, quanto ao fenômeno da identificação projetiva, e a proposição de campo analítico postulada pelo casal Baranger, no que diz respeito ao aspecto interpessoal da análise, Searles mostra-se mais preocupado em expor suas próprias ideias – ele necessitava ser original. A parte mais importante desse trabalho é transcrição da sessão gravada da paciente Joan Douglas. Neste belo documento clínico e histórico, temos acesso direto ao modo como Searles clinicava.

Em todos esses trabalhos, encontramos os seguintes temas transversais: a) *a ideia de que há um tipo de experiência primitiva na qual não há uma distinção inicial entre o ambiente humano e não-humano*; 2) *a existência de um núcleo de realidade que sustenta a transferência do paciente, o que significa afirmar que a existência e importância de um modo de relação não-transferencial*; 3) *a necessidade de o analista estar atento à comunicação não-verbal e às suas manifestações contratransferenciais*; e 4) *a necessária articulação entre as dimensões intrapsíquicas e interpessoais da análise*.

O trabalho de Searles dialoga diretamente com temas desenvolvidos pela psicanálise contemporânea, penso, por exemplo, na indiferenciação, na intersubjetividade e na comunicação não-verbal. Dentre os analistas influenciados por Searles, temos Ogden, que afirma que Searles o ajudou a ter como premissa a honestidade sobre tudo o que se passa numa análise⁶⁰². O enfoque interpessoal também influenciou a psicanálise relacional⁶⁰³.

⁶⁰² Comunicação pessoal.

⁶⁰³ Sobre a história da psicanálise relacional, ver Coelho Junior (2021).

Em minha pesquisa sobre Searles, tive a alegria de contar com colaboração, por e-mail, de pessoas que o conheceram:

- 1) *Richard Waugman*: analista que foi supervisionado por ele, também fez parte da equipe clínica do Chesnut Lodge. Esse colega compartilhou comigo como Searles foi um analista preocupado em manter uma verdadeira honestidade no trabalho clínico. Além disso, compartilhamos a nossa impressão de que Searles conseguia captar e conversar com as diferentes partes dissociadas dos pacientes. Atentamente, Searles conversava com as partes dissociadas como se, de fato, estivesse falando com muitas pessoas – vimos isso no caso de Joan Douglas⁶⁰⁴.
- 2) *Ann-Silver*: analista americana que foi paciente de Searles. Ann contou-me como ele era afetivo na análise e como foi importante para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Infelizmente, Ann-Silver faleceu no curso dessa pesquisa.
- 3) *Annita Sawyer*: analista que foi entrevistada por Searles por duas vezes. Annitta, quando jovem, fora internada em hospitais psiquiátricos. Num deles, Searles fez com ela duas entrevistas de ensino para os psiquiatras residentes. Corajosamente, ela compartilhou comigo as suas experiências com ele: num primeiro momento, achou-o louco e estranho; na segunda entrevista, porém, percebeu que ele a acolheu e pôde tocar num ponto sensível de sua história. Searles lhe disse: “*Conversando com você, sinto-me um velho sujo*”. Para Annita, essa fala de Searles foi importante e reveladora de algo de seu sofrimento pessoal. Ela considera que o contato com Searles foi um marco em sua vida (2011).
- 4) *Thomas Ogden*: autor reconhecido mundialmente, analista contemporâneo de grande valor, Ogden, gentilmente, contou-me que

⁶⁰⁴ Ver Waugamann e Searles (1995) e Waugamann (2022a, 2022b, 2022c, 2022d).

Searles o influenciou na construção de uma convicção quanto à necessidade de ser verdadeiro e genuíno na prática clínica. Em sua única supervisão com ele, Ogden aprendeu como Searles era capaz de se deixar viver verdadeiramente o que se passa na transferência e contratransferência (2009).

Aos interessados em compreender melhor o trabalho de Searles, indico: Aron (1992), Aron & Lieberman (2017), Balbuena (2011; 2016; 2018), Coelho Junior (2018; 2021), Lieberman (2016), Pereira (2022), Pereira & Coelho Junior (2022), Silver (1996; 2019), Souffir (2005), Waugaman (2015; 2022a; 2022b; 2022c; 2022d) e Young (1995).