

Margaret I. Little

# Ansiedades Psicóticas e Prevenção

Registro Pessoal  
de uma Análise  
com Winnicott

— Série Analytica —

Direção  
JAYME SALOMÃO

Tradução  
MARIA CLARA DE BIASE FERNANDES



IMAGO EDITORA  
— Rio de Janeiro —

CIP-Brasil. Catalogação-na-fonte  
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

L757a Little, Margaret I.  
Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de  
uma análise com Winnicott/Margaret I. Little; tradução  
Maria Clara De Biase Fernandes. — Rio de Janeiro:  
Imago Ed., 1992.  
128p. (Série Analytica)

Tradução de: Psychotic anxieties and containment  
Bibliografia.  
ISBN 85-312-0232-9

1. Psicoterapia — Estudo de casos. 2. Winnicott, D. W.  
(Donald Woods), 1896-1971. 3. Psicoterapia — Estudo e  
ensino — Estudo de casos. I. Título. II. Série.

92-0631

CDD — 616.8917  
CDU — 159.964.2

Título original  
PSYCHOTIC ANXIETIES AND CONTAINMENT

Copyright © 1990 by Margaret Little

Revisão: Florine Nazaré Pinto  
Marcos José da Cunha  
Capa: Cristina Portella

Direitos adquiridos por IMAGO EDITORA LTDA.  
Rua Santos Rodrigues, 201-A – Estácio  
CEP 20250-130 – Rio de Janeiro – RJ  
Tel.: 293-1092

1992

Todos os direitos de reprodução, divulgação e  
tradução são reservados. Nenhuma parte desta  
obra poderá ser reproduzida por fotocópia,  
microfilme ou outro processo fotomecânico.

Impresso no Brasil  
*Printed in Brazil*

## Sumário

Capítulo 1	Introdução de James S. Grotstein	7
------------	-------------------------------------	---

### PARTE I

#### Winnicott Trabalhando em Áreas Onde Predominam as Ansiedades Psicóticas

Capítulo 2	O Risco de um Relato da Minha Própria Análise	19
Capítulo 3	Psicoterapia com Dr. X., 1936-1938	25
Capítulo 4	Psicoterapia com Ella Freeman Sharpe, 1940-1947	31
Capítulo 5	Psicoterapia com D. W. W., 1949-1955, 1957	41
Capítulo 6	Resultados, 1957-1984	67
Capítulo 7	Winnicott Como Mestre	73

PARTE II

Sobre o Valor da Regressão para a Dependência

Capítulo 8	O Valor da Regressão	81
Capítulo 9	Explorando as Ansiedades Psicóticas	91
Capítulo 10	Roubado da Bolsa da Mãe	101
Epílogo	Um Comentário sobre Donald Winnicott	107
Referências		123

CAPÍTULO 1

Introdução  
de  
James S.  
Grotstein

Nós estamos em débito para com a Dra. Little por ela ter partilhado conosco a história das suas análises pessoais. Ela é muito importante para psicanalistas e psicoterapeutas devido à sua experiência direta com profundidades emocionais que muitos de nós nunca tivemos de transpor, ou então nunca tivemos orientação suficiente para podermos ser conduzidos através desse Purgatório interior que imaginávamos apenas vagamente existir dentro de nós. O registro das três experiências analíticas tem valor especial, já que ela também é analista e divide conosco as suas experiências em três tipos diferentes de análise: junguiana, freudiana clássica e de relações de objeto. Essa experiência comparativa lembra uma de *My Kleinian Home*, de Nini Hermann, na qual ela também tivera três tipos diferentes de análise, mas diferiu em termos da terceira, uma análise kleiniana.

A Dra. Little nos oferece uma nítida perspectiva indireta de uma psicose de transferência, que difere de uma neurose de transferência em virtude da regressão cataclísmica e desorganizadora que ocorre na primeira. Essa qualidade e intensidade de experiência que dilacera o coração e a mente raramente tem sido relatada com tanta pungência e clareza, especialmente por uma analista. Ela nos descreve claramente as origens infantis dessa psicose e nos torna capazes de perceber as suas profundas flutuações de transferência que o *holding* ("apoio") "suficientemente bom," e às vezes "não-suficientemente-bom", de Winnicott permitiu que se desenvolvessem. Ficamos com a impressão, ao lermos tanto Winnicott e Little (nesta e em suas outras contribuições notáveis sobre o assunto, especialmente *Transference Neurosis and Transference Psychosis*), de que uma "posição" deve ser apontada, que acompanha ou antecipa o que Klein chama de "posição esquizóide-paranóide" e exige "condição ambiental". Winnicott expandiu os conceitos de Freud, Abraham e Klein de existência infantil inicial aparentemente tomando o narcisismo primário que os dois primeiros adotaram e a criança inicialmente separada e necessitada de Klein, combinando-os numa díade da criança "ser" passivo (o protótipo normal para o "verdadeiro *self*"), a qual precisava de "*holding*" intuitivo (e silencioso), e a criança "ativa", "atuante" (o protótipo normal para o "falso *self*"), que precisava procurar e utilizar o seio. Conseqüentemente, pareceria que o *self* "ser" da Dra. Little tinha de ser intuitivamente descoberto, reunido, considerado e fortalecido para que ela pudesse estar preparada e "equipada" para os rigores e fantasias controversiais, primeiro da relação "paranóide" com o objeto, e depois, do "estágio de preocupação" (a posição depressiva de Klein). Em outras palavras, há um estágio de fusão primária (narcisismo primário: "Não existe algo assim

\* Este termo se refere ao ato de segurar fisicamente uma criança. Em inglês ele tem uma conotação dupla: refere-se ao ato de ser segurado física e emocionalmente pela mãe. (N. da T.)

como uma criança. Há apenas uma mãe e uma criança.") lado a lado com a criança necessitada e separada. A primeira precisa, ao mesmo tempo, ser descoberta e nunca ser descoberta, num dos profundos paradoxos dialéticos que permeiam as obras de Winnicott. Sendo descoberta, a criança sabe que é amada e importante para a mãe *sem ter tido de pedir! Pois dessa forma está afirmado!* Na medida em que não são descobertas, sua inocência, privacidade e condição de única são deixadas intactas. É permitido tanto "ser" como criar os objetos do mundo que lhe foram fornecidos a tempo de ela acreditar que criou — e depois descobriu — o objeto. Assim, é seguro permitir-se necessitar do seio criado/descoberto da mãe, a partir do qual a experiência lança o "gesto espontâneo", na definição do próprio Winnicott. Ele não só aditiu um caminho duplo para o desenvolvimento da criança; aditiu também uma onipotência normal, que freqüentemente denominou de "ilusão", e lidou com a patologia da sua ausência em seu conceito de privação e carência. Winnicott lidou com a patologia da sua presença no "fantasiar", que considerava onipotência patológica, oposta às "fantasias" apropriadas para o mundo interno, consideradas o correspondente normal para o mundo da realidade externa e nitidamente diferentes de "fantasiar". Ele concebeu o espaço de interação entre a criança e sua mãe — e ao mesmo tempo o espaço entre a criança e suas criações espontâneas — como "espaço potencial", o qual então definiu o espaço para a regressão analítica. Estendi-me um pouco no que diz respeito aos conceitos de Winnicott porque a Dra. Little nos deu uma demonstração muito rica do seu trabalho com ela, onde essas idéias parecem se destacar.

Também devemos à Dra. Little outro favor, o de nos fornecer uma descrição detalhada de como o Dr. Winnicott conduziu o seu tratamento — como interpretou e não interpretou, como lhe ofereceu um *holding* ("apoio") ou "controle ambiental", como a ajudou a criar um "espaço potencial" para a ilusão criativa, como despertou e fez aumentar o seu interesse por "objetos transicionais" — e o de nos fazer ter uma idéia de

quem é o Winnicott ser humano, que partilhou discretamente com ela informações sobre a sua própria vida e saúde, as quais considerava que ela deveria conhecer. Fiquei particularmente interessado pelo fato de que Winnicott escolhia apenas um paciente de cada vez para um tratamento regressivo profundo. Isso é tudo de que ele era capaz. Os outros pacientes tinham de esperar a sua vez. Como ele conseguia protelar isso junto aos pacientes é algo incompreensível. Também fiquei intrigado com a implicação de que Winnicott, como Little o descreve, parecia acreditar que uma das conseqüências inevitáveis dessa regressão cataclísmica profunda no paciente era uma regressão correspondente no analista, que também devia rigorosamente manter o seu ego observador sadio. Esse pode ter sido o motivo de Winnicott ter preferido lidar apenas com uma regressão profunda de cada vez.

Graças à Dra. Little, agora temos uma idéia de quem é o Winnicott analista, o Winnicott que cura e o Winnicott pessoa. Em raras ocasiões ele revelou a sua técnica atual com adultos, exceto em segmentos curtos e divertidos. *Holding and Interpretation: Fragment of an Analysis* (1972) é uma exceção notável. O relato da Dra. Little é único, porque revela a técnica de Winnicott da perspectiva de uma psicanalista profissional experiente e de uma paciente. Ao lermos Little e Winnicott temos facilmente a impressão de que o último é verdadeiramente o criador do conceito da “aliança terapêutica”. Ele parece ter se conduzido com a Dra. Little de modo semelhante às suas descrições das interações mãe-filho — muito mais uma parceria do que a hierarquia seio-criança-alimentação, como foi (e é) o caso com o pensamento kleiniano.

A obra de Winnicott e seus seguidores (ele teria detestado esse termo, porque evitava ser “seguido” ou idealizado) está agora se tornando aceita em uma escala maior do que jamais foi. Há muito conhecido por seu conceito de objetos transicionais, o *holding* e a preocupação maternal primária, o mundo analítico despertou lenta mas seguramente para o fato de que, apesar de sua linguagem enganosamente prática e de que tan-

tas das suas contribuições foram dadas a um público leigo, ele não foi um “Dr. Spock britânico”, mas um metapsicólogo sofisticado e sensível. Suas contribuições exploraram as profundezas ontológicas da nossa existência, “mudaram” a perspectiva psicanalítica do objeto único para a indivisibilidade da díade, introduziram a “terceira dimensão da dialética”, da ironia e do paradoxo numa estrutura teórica psicanalítica que desconhecia seu aprisionamento na “primeira dimensão” de “um dos dois/ou” e ajudaram a legitimar os aspectos terapêuticos (e portanto positivos) da contratransferência. Seus conceitos de privação, carência e invasão deram precisão e clareza às conseqüências introjetivas dos cuidados parentais patológicos e lançaram a base para a teoria da ausência de relações de objeto. Winnicott (1965) afirmou: “A psicose é uma doença por carência ambiental” (págs. 135-136). Seu conceito da “tendência anti-social” antecipou a posterior obsessão da psicologia do *self* com questões de *denominação* e, junto com as contribuições de Fairbairn, lançou as bases para o conceito de desordens de personalidade narcisista e *borderline*, inclusive a divisão vertical (“verdadeiro *self*”/“falso *self*”) e a horizontal (consciente/inconsciente).

Há outros motivos para ele não ter sido mais valorizado até hoje, pelo menos na Inglaterra e nos Estados Unidos, embora seu trabalho tenha sido constantemente desenvolvido na França, na Austrália, na América do Sul e em outras áreas. Suas idéias surgiram em parte como conseqüência do seu relacionamento com Melanie Klein. Inicialmente pediatra e, depois, analista clássico dedicado, ele ficou muito impressionado e envolvido com as idéias revolucionárias de Klein. Nesse meio tempo, Klein envolvera-se em discussões “eclesiásticas” muito ásperas com a Escola de Viena em geral e Anna Freud especificamente, discussões essas que continuaram após a morte das duas — em um dos capítulos mais terríveis, vergonhosos e lamentáveis da história da psicanálise. A “guerra” causou tal polarização que Klein, assim como Freud, que, há muito tempo, exigira sinais de lealdade de seus seguidores,

exigiu também uma aceitação rígida das suas idéias como um privilégio dos membros do seu grupo. Klein e Riviere negaram que a obra de Winnicott tivesse qualquer valor. Disseram que era o resultado da doença dele (Rodman 1987, carta 25). Além disso, havia um contraste entre os pontos de vista de Klein e Winnicott no que diz respeito ao grau de desenvolvimento do ego no neonato (Winnicott 1962c, cap. 16). Winnicott, que apreciava a obra de Klein e estava profundamente envolvido com ela, não gostou da necessidade de adaptar as suas próprias idéias às dela. Os dois também tinham opiniões muito diferentes não só no que diz respeito à questão da realidade *per se*, mas também à sua inclusão na teoria psicanalítica.

Portanto, Winnicott fora surpreendido por uma guerra polarizadora, não podia tomar partido e, junto a vários analistas ingleses — como Fairbairn, Balint, Bowlby, Khan, Little e outros, favoráveis a Klein —, não podia afirmar antecipadamente a importância *técnica* da realidade. Winnicott tornou-se parte da chamada escola de relações de objeto, hoje denominada Grupo Independente. Quando recentemente reli todas as suas obras publicadas, fiquei impressionado ao constatar quão kleiniana era a base da sua orientação, e também de que maneira ele foi um inovador de Klein. O que parece distinguir o seu trabalho (e o trabalho de outros membros do Grupo Independente) é a importância primária do relacionamento da realidade com a fantasia, a última tendo um papel decididamente importante na teoria kleiniana e a primeira sendo uma contraparte e elemento instigador de fantasia para o Grupo Independente.

Por qualquer razão, parece que Winnicott aceitou que as práticas parentais deficientes e de invasão tinham um efeito desintegrador no desenvolvimento da criança além do conceito de Klein da mera liberação parental da destrutividade infantil inata. Esse é um assunto delicado porém importante para os psicanalistas. Por isso, gostaria de falar um pouco sobre ele. Um dos legados da segunda teoria da psicanálise de Freud (sua primeira foi a repressão de uma memória sexual

traumática) foi o sentimento inerente de culpa que o ser humano adquire desde o nascimento por causa das suas fantasias inevitáveis e inexoráveis de apropriação excessiva de um dos pais, e de agressão assassina em relação ao outro, isto é, o complexo de Édipo. A consequência dessa segunda teoria para a técnica psicanalítica foi a de desviar a ênfase da realidade para a fantasia, e também a de desviar o sentimento de responsabilidade pela doença emocional da pessoa do exterior para o interior — isto é, o paciente tinha de aceitar que, não importa o quanto alguém havia sido maltratado na infância, suas reações ao abandono ou à invasão eram os únicos elementos importantes para a psicanálise. O fundamento lógico para essa perspectiva aparentemente unilateral e ascética era a suposta necessidade do paciente de “ter” as suas próprias reações aos traumas do abandono e da invasão em vez de culpar, e por conseguinte absolver a si próprio, antes de aceitar o seu *self* ontológico (existencial). Em outras palavras, quando toda a metapsicologia complexa era desprezada, o paciente-criança precisava “ter” a sua responsabilidade por seu dilema para “conhecer” o seu *self*. O que foi o tempo todo presumido, mas não suficientemente explicado, foi que a segunda teoria da psicanálise de Freud resultava da suposta perspectiva hermenêutica da criança, cuja tendência narcisista a faz achar que todos os acontecimentos na realidade externa são causados por impulsos que vêm do seu interior, não tendo ainda a maturidade para explicar um mundo separado do *self* que tem um agente causador diferente.

Winnicott tinha muita consciência da sua perspectiva freudiana clássica, mais enfatizada na técnica kleiniana, porém também tinha a experiência de ser o Diretor Médico de Paddington Green, um hospital e clínica infantil, tendo observado diretamente a interação entre mães e filhos. Portanto, seu desenvolvimento da técnica kleiniana visava aperfeiçoá-la do seu ponto de vista e não rejeitá-la. Ele enfatizou a natureza do relacionamento entre o casal que cria e a importância da aceitação por parte da mãe da fusão primária com o seu filho, sua

capacidade de agradar, ter afeição e dedicar-se à sua sobrevivência e desenvolvimento. O que ele parece ter tido em mente era a importância desse novo ser humano, a “condição ambiental”, *holding* etc.

Winnicott pareceu ter enfatizado que a criança não era uma criança sem a sua mãe. Por isso, ele ajudou a dar início a uma mudança importante no enfoque psicanalítico do *self* unitário para o relacionamento indivisível entre dois (mãe e filho), o qual se tornou a fonte inesgotável para a psicologia do *self*. Além disso, seus conceitos têm se relacionado com os de Bowlby e Stern. Talvez pudéssemos resumir corretamente o modo de Winnicott encarar esse assunto da seguinte maneira (constituindo uma reafirmação do que eu disse acima): o *self* “ser” do paciente-criança deve estar preparado por um *background* ambiental propício (“ambiente de apoio”) para tornar-se um *self* criador, capaz de uma neurose de transferência com conflitos edipianos. Na falta disso, o analista deve tornar-se o substituto real para o *holding* ausente do passado e preparar o paciente para uma “análise neurótica” através do seu próprio *holding*.

Em certo sentido, Winnicott estava defendendo o que Searles havia chamado de “relação simbiótica”. Acredito que a essência desse ponto de vista torne próxima a “cura” e possa transcender a “terapia”. Só nos resta confirmar as posições de Winnicott e Searles e traçar as diretrizes para partilhar, comover, conversar, ajudar — para ser um amigo!

Ao que tudo indica, Margaret Little foi vítima de pais assustados e da falta de harmonia entre eles, mas beneficiou-se com um dos grandes “homens que curam”, para não dizer “terapeutas”, da psicanálise. Somos gratos a ela por revelar uma parte do seu método.

# I

## Winnicott Trabalhando em Áreas Onde Predominam as Ansiedades Psicóticas — Um Registro Pessoal

Polonius

para definir a verdadeira loucura  
O que é ela, senão ser apenas louco?

Hamlet

Eu só sou louco nor-noroeste, quando o vento  
sopra do sul, distingo uma faca de um falcão.

William Shakespeare, *Hamlet*, II. ii



## CAPÍTULO 2

# O Risco de um Relato da Minha Própria Análise

A psicanálise não é nada se não for dinâmica, preocupada com os instintos e impulsos humanos e as ansiedades relacionadas a eles; uma atividade humana, revolucionária em suas origens e nem sempre agradável em sua evolução.

Mudanças, novas idéias de teoria ou técnica, têm gerado grande ansiedade e freqüentemente provocado discórdia, como em tempos passados, quando Jung, Adler, Stekel e outros romperam com Freud. Posteriormente, em nossa *British Psycho-Analytical Society*, a obra de Melanie Klein provocou controvérsia, ansiedade e a tendência a defender-se negando-a e aumentando a oposição a ela, como antes.

Freud descobriu que quando as ansiedades estavam relacionadas com a situação edípica — castração, perda de parte do corpo, perda de um objeto ou do amor próprio — uma neurose de transferência era desenvolvida na análise, e elas podiam ser

resolvidas. Mas quando predominavam ansiedades relacionadas com a vida, a sobrevivência ou a identidade (neuroses narcisistas e psicoses), a neurose de transferência não se desenvolvia e a psicanálise (em sua forma clássica) era ineficaz (Freud 1913).

Com o correr do tempo, um número menor de pessoas têm procurado tratamento para a doença neurótica, e um número maior para as ansiedades do tipo psicótico, muito mais difíceis de serem tratadas, apesar de não serem sempre totalmente incapacitantes, ou exigirem hospitalização. Isso provocou mudanças na reflexão e na técnica psicanalítica. Winnicott, continuando o seu trabalho com Melanie Klein e aplicando o conhecimento adquirido em seu longo estudo de bebês, crianças e seus pais, tem realizado o tratamento de muitos pacientes com ansiedades psicóticas. Seu trabalho, por sua vez, tem provocado ansiedade e polêmica, porque mostra um lado mais humano da psicanálise que o normalmente visto antes. Há muito interesse real pelo seu trabalho e um desejo de conhecê-lo e compreendê-lo. No entanto, também há críticas — tanto amigáveis como hostis e freqüentemente geradas por má informação — bem como uma curiosidade sincera e voyeurismo.

Atualmente, o trabalho de Winnicott com crianças é bastante conhecido. Ele escreveu e falou sobre ele sistemática e livremente. Muitas pessoas conseguiram vê-lo em ação em Paddington Green, ou em uma das suas outras clínicas. Ao tratar a psicose em adultos ele usou a “técnica clássica” (Winnicott 1962d), analisando a neurose de transferência e preocupando-se com o complexo de Édipo e o desenvolvimento do superego.

Mas ao tratar adultos era necessário um grau muito elevado de discrição. Alguns dos seus pacientes eram colegas ou estudantes em treinamento; outros, pessoas importantes ou famosas. Por isso, ele nos deixou relativamente poucas informações. Grande parte desse material clínico, como ele o escreveu, parece-me confuso e difícil, porque ele usou uma espécie de *oratio obliqua* — “o paciente indicou... e eu interpretei que...” — em vez de afirmações diretas — “Ele disse ... e eu disse

...” Há pequenas partes de material clínico espalhadas em todos os seus escritos (Winnicott 1947-1971) descrevendo e explicando tudo de que tratamos aqui, mas nenhuma narrativa completa do tratamento de um paciente. Portanto, para qualquer pessoa que houvesse apenas lido os seus livros e não tivesse tido oportunidade de discuti-los, pareceria muito difícil ter uma idéia realista do que ele realmente disse ou fez.

Posso mostrar melhor o seu trabalho através de um relato da minha própria análise com ele — um material clínico o qual sempre foi considerado essencial para o desenvolvimento e a compreensão da teoria e da metapsicologia, e talvez eu esteja na única posição de fazê-lo. (Freud usou material da análise dos seus próprios sonhos.)

O trabalho de Winnicott baseia-se clara e definitivamente em certos princípios. Suas marcas distintivas são: o reconhecimento da importância não só do próprio ser humano individual, mas também do seu ambiente mais inicial; a empatia (a compreensão da comunicação não verbal e da linguagem do corpo, muito além do reconhecimento do movimento inconsciente, da postura etc.) e a experiência da mutualidade; a consistência sem severidade; permitindo a “regressão para a dependência” (Winnicott 1954a, b); “holding” (Winnicott 1962b, 1963f) e o brincar (Winnicott 1971b).

Essa é uma tarefa muito mais difícil do que qualquer coisa que tentei antes, porque começo sabendo muito bem que não posso esperar fazer justiça ao meu tema. Também tenho consciência de que não posso evitar provocar um grau considerável de ansiedade em alguns leitores, especialmente os que se mantêm fiéis à teoria e à prática clássicas, apesar de que outros — colegas, antigos analisandos e não-analistas — que me incentivaram a escrever isto, acolherão bem o meu livro.

Salvo as limitações do tempo e do espaço, os mecanismos inconscientes levam a todos os tipos de distorções, inclusive falsificações da memória. Portanto, tenho de levar em conta não só o desejo de esclarecer — de me livrar o máximo possível de conceitos e interpretações errôneos — como também o

meu próprio narcisismo e exibicionismo, minhas inibições e reservas mais realistas.

Pensei muito sobre isso o tempo todo, e adiei a experiência temendo um fracasso total, mas finalmente decidi que tinha de enfrentar os riscos e os sofrimentos envolvidos e tirar deles o máximo proveito possível, ou algo realmente valioso seria desperdiçado.

Fazer essa narrativa implica escrever a minha história e a da minha família, e descrever o tratamento feito com dois outros terapeutas, um junguiano, o outro a recente Ella Freeman Sharpe. Conto isso como *senti*, sendo tão objetiva quanto posso ser, mas introduzindo, inevitavelmente, um ponto de vista que outros podem não gostar, ou reprovar. (Ibsen escreveu em uma carta para Björnson (1865): "Se não puder ser eu mesmo no que escrevo, então o meu trabalho se resumirá em mentiras e farsas", e é assim que eu me sinto.)

Essa é uma história de seres humanos, homens e mulheres, em atividades, condições e relacionamentos humanos. E como homens e mulheres podem fazer as coisas do modo certo ou errado, comportar-se de forma estranha, cometer erros, sentir ou revelar de um modo ou outro muitas emoções, até mesmo ser "loucos nor-noroeste" (*Hamlet*, II. ii), tanto os lados positivos como os negativos dos envolvidos estão aqui para serem considerados. Espero que ambos *sejam* considerados, porque qualquer um deles sozinho é inexpressivo. ("Deve-se tomar cuidado para que o leitor necessariamente leve os dois lados em conta" — Quintiliano, *Institutio Oratoria*.) Vale a pena afirmar aqui que, apesar das dificuldades e das limitações humanas, Winnicott e eu consideramos o resultado satisfatório, e sou profundamente grata por ele. (A luz difere das trevas — Eclesiastes 2:13, Versão Autorizada.)

Apresento o material cronologicamente, na medida que posso; ele é dividido em três partes, com essas três pessoas muito diferentes. Em cada caso posso revelar principalmente apenas a *impressão* geral do que aconteceu, e alguns episódios isolados que se destacam, porque não gravei quase nada.

## CAPÍTULO 3

# Psicoterapia com Dr. X., 1936-1938

**E**m 1936, uma amiga que morava comigo foi persuadida a procurar psicoterapia. Ela havia tido um esgotamento nervoso, em 1933, depois do que julgou serem propostas lésbicas feitas por uma colega.

Durante três anos eu havia suportado longos ataques de choro e mau humor, acusações e ameaças de suicídio que acreditava serem sérias. Ela saía indignada, dirigia como louca na pista de velocidade e se escondia durante horas, voltando apenas tarde da noite, quando já havia desistido de tentar encontrá-la. E eu tinha ao mesmo tempo uma clínica geral movimentada para dirigir.

Logo que ela começou o tratamento, soube que precisava dele também, e me dispus a procurá-lo.

Apesar do fato de durante todas as três primeiras semanas ficar tão paralisada de medo, que não era capaz de falar ou me mover no divã, o Dr. X nunca me considerou mais que

um tanto neurótica. Ele *reconheceu* a tensão esmagadora sem pretender entendê-la, e eventualmente, a aliviava massageando delicadamente a minha barriga. Ele me tratou como um ser humano racional e sugeriu que eu podia ser atraente como mulher — o que nunca acreditara ser possível, apesar de qualquer modo saber que era heterossexual. Ele me incentivou a treinar como psicoterapeuta na Clínica Tavistock, e me levou como sua convidada a reuniões da Divisão Médica da *British Psychological Society*.

Nem tudo que o Dr. X fez foi útil, mas ele tornou possível eu me libertar da minha amiga excessivamente agarrada a mim e dominadora, e estabelecer um relacionamento diferente com ela, em grande parte salientando seu direito a se matar se quisesse, que aquilo seria definitivo e, na verdade, eu não podia evitá-lo. Vários sintomas menos importantes, quase todos somáticos, desapareceram durante o tratamento com ele.

Lembro de poucas coisas dos dois anos com o Dr. X (três sessões por semana). Um dia ele disse: “Você parece estar sempre pensando nas outras pessoas e se desculpando pela sua existência, como se achasse que não tem direito a ela.” Eu realmente pensara isso, mas ele explicou que eu *tinha* o direito, porque não fora responsável por ela. Contei-lhe que minhas lembranças mais antigas (de quando tinha dois anos) eram de estar obviamente “atrapalhando” e de ser um “*trans-torno*” quando minha irmã Ruth, minha mãe e eu tivemos coqueluche. Eu estava em um berço, no canto do quarto, onde elas estavam na cama juntas. Eu tossi e vomitei, minha mãe se levantou para me segurar e as duas começaram a tossir, “como se eu tivesse provocado aquilo”. Posteriormente, um dia meu pai entrou apressadamente para a refeição do meio-dia. Encontrando a sala cheia de fraldas, penicos e brinquedos e eu tossindo e vomitando no meio, disse irritadamente: “Você não pode fazer essa criança *parar* de vomitar?”

Na última sessão antes de um intervalo para o Natal, o Dr. X me desejou felicidade, mas acrescentou: “Pelo amor de Deus, seja *você mesma*.” (“Não seja aquela criança que vomita-

va”.) Eu respondi: “Eu não sei como, não sei *quem sou*.” Dr. X. conheceu os meus pais socialmente. Ele e o meu pai se deram bem. Minha mãe pediu uma consulta, e ele disse depois que “não conseguia suportá-la”, mas não falou muito sobre isso. O tratamento terminou gradualmente, sem dificuldade, ele me garantindo que eu não precisava mais de análise, mas apenas de “síntese”, que presumivelmente podia realizar sozinha. Seguiu-se uma doce amizade, porque eu não era mais uma paciente, mas uma colega.

Ele conhecia pessoalmente Ella Freeman Sharpe e me apresentou a ela. Eu fui visitá-la em sua casa, em 1938. O próprio Dr. X fizera análise durante um período muito curto com um membro da *British Psycho-Analytical Society*, “para saber qual era a sensação de ser um analisando”.

## CAPÍTULO 4

# Psicoterapia com Ella Freeman Sharpe, 1940-1947

Quando fui visitá-la, depois de termos sido apresentadas, tive uma experiência que me aterrorizou, por causa das suas implicações. Eu a “vi” envolta em uma espécie de névoa cinzenta, como uma aranha em uma teia formada por seus cabelos. Na época soube que aquilo era ilusório — uma aranha “da mente” (*Macbeth*, II i). Contei-lhe que o Dr. X havia dito que eu “não precisava mais de análise”, apenas de síntese, e saí literalmente *correndo* da casa, em pânico. E, no entanto, senti ao mesmo tempo uma estranha atração por ela, que teria de vê-la novamente em alguma oportunidade.

Posteriormente, em 1940, me envolvi emocionalmente com um paciente e cheguei à conclusão de que não poderia continuar a tratar dele. O Dr. X. não estava disponível. Com grande ansiedade, procurei a Srta. Sharpe, como a única psicanalista que eu encontrara.



Minha perturbação era profunda; psicanálise para mim significava total aniquilação, e o meu medo estava em conflito com uma profunda ânsia. Ela tirara férias, e começou imediatamente. Logo o medo se tornou insuportável.

Na primeira sessão fiquei deitada rígida no divã, novamente incapaz de falar ou me mover. Como a Srta. Sharpe permaneceu calada, eu comecei a gritar: "Isto não pode ser real", lembrando-me da minha antiga visão quase alucinatória dela e da minha fuga. Tinha a impressão de estar tendo um pesadelo. No final do horário ela disse: "Levante-se e sente aqui, vamos conversar." Ela interpretou o meu medo como "ansiedade de castração" e o relacionou com o fato de eu tê-la conhecido através do Dr. X, o que era, é claro, a coisa óbvia, porque o problema que eu levava para ela era claramente edípiano. Mas aquilo não justificava a intensidade do meu pânico, que era muito mais que qualquer terror mortal ou medo da morte. Para ela, o terror mortal significava medo do superego (clássico), para o qual o "bom" é equiparado a não-sexual, e o "ruim" ao sexual.

36. O meu medo — "um pavor que só as crianças podem sentir" (*Jane Eyre*, Cap. 3) — era de uma total destruição, de ser fisicamente mutilada, ficar irremediavelmente louca, ser morta, abandonada e esquecida por todo o mundo como alguém que nunca existira — "lançada nas trevas exteriores" (Mateus 22:13).

Os seus escritos sobre a técnica da psicanálise (Sharpe 1930) revelam claramente o seu modo de trabalhar, baseado na idéia de que a psicanálise interessa-se totalmente pela sexualidade infantil em todas as suas formas, isto é, relacionadas com o complexo de Édipo e as fantasias reprimidas sobre os pais, que só podem ser recuperadas via neurose de transferência. Não se deve permitir que os pacientes usem a realidade como uma defesa contra elas; a integridade do analista consiste em exigir de si mesmo tudo que exige do seu paciente; a existência é justificada reconhecendo esse direito dos outros.

Meu pavor naquela primeira sessão (veja Sharpe 1943), sendo uma expectativa de total destruição, não foi parte de uma neurose de transferência e sim, como percebi muito tempo depois, de uma psicose de transferência, baseada em experiências reais da infância e primeira infância.

O quadro global da minha análise com a Srta. Sharpe é o de luta constante entre nós, ela insistindo em achar que o que eu dizia era devido a um conflito intrapsíquico relacionado com a sexualidade infantil, e eu tentando dizer-lhe que os meus problemas reais eram questões de existência e identidade: eu não sabia "quem era"; a sexualidade (mesmo conhecida) era totalmente irrelevante e sem sentido, a menos que a existência e a sobrevivência pudessem ser tidas como certas, e a identidade pessoal pudesse ser estabelecida.

Freud (1913), escrevendo sobre neuroses narcisistas (melancolia) e psicoses (esquizofrenia e paranóia) tornou clara a diferença entre elas e as neuroses sexuais (psiconeuroses) porque, nas duas primeiras, só estão envolvidos instintos do ego, sobrevivência e identidade, e essa neurose de transferência não é desenvolvida. (A psicose de transferência não era reconhecida naquela época.) Freud (1917) também não encontrou nelas ambivalência, mas apenas uma hostilidade permanente que tornava a análise impossível.

Uma transferência de algum tipo para Ella Sharpe fora claramente formada e considerada uma neurose de transferência, como em parte era. Minha hostilidade a ela tornou-se permanente, como um resultado de sua incapacidade de perceber a verdadeira natureza das minhas ansiedades. Mas havia ambivalência, os elementos positivos sendo liberados por seu padrão de comportamento em relação a mim alterado fora do divã, como ela descreve (Sharpe 1930), tratando-me como se eu fosse uma "visita" em sua casa. Então ela era muito gentil e solícita, amigável e generosa, provocando, dessa forma, a situação separada descrita por Freud (Freud 1913). Para mim isso trouxe de volta a mesma confusão e ambivalência que eu experimentara com a minha mãe, de modo que em minhas áreas psicóticas a Srta. Sharpe tornou-se idêntica à minha mãe

(Little 1959), que não havia sido capaz de fornecer um ambiente onde fosse seguro *estar*; o objetivo da Srta. Sharpe era fornecer um em que fosse seguro ser *sexual* ou *hostil*. Eu fui hostil e rebelde, mas o ambiente não era seguro; me tornei submissa e dependente dela, como havia sido da minha mãe desde a infância. Os meus sonhos naquela época de luta, confusão e fragmentação foram interpretados como fantasias de coito violento e desejos reprimidos de ter relações sexuais com o meu pai e de destruir a minha mãe.

Umás seis semanas depois de termos começado eu disse à Srta. Sharpe que gostaria de treinar como analista. Ela me incentivou a pôr isso em prática. Depois de entrevistas com o Dr. Edward Glover (na época presidente da *British Psycho-Analytical Society*) e com a Dra. Payne (a secretária de treinamento), fui aceita. Ela continuou a me incentivar, elogiando o meu trabalho e as minhas outras atividades.

Mas a nossa luta ainda continuou. Certa vez falei sobre como queria “ser alguém”, referindo-me a ser uma verdadeira pessoa, não ninguém, ou uma “não-pessoa”, como achava que era. Isso foi interpretado como um desejo meu de tomar o lugar da minha mãe, de ser a minha mãe fisicamente, em seu relacionamento sexual e capacidade reprodutora. O que eu realmente temia era a possibilidade de descobrir que era uma “cópia vulgar” da minha mãe ou da Srta. Sharpe (o que dava no mesmo), mas não conseguia fazê-la entender isso, ou que o risco era real. Sempre que eu falava sobre um dos meus pais <sup>34,</sup> ela considerava o que eu dizia fantasia, e qualquer referência às realidades era buscar refúgio. Então eu estava duplamente presa à “teia de aranha”; eu era a louca, não a minha mãe; ela era a que “sabia”, como a minha mãe, não eu, sempre soubera; enquanto o *meu* reconhecimento da minha psicose e da psicose da minha mãe era desprezado como fantasia. Eu estava novamente no confuso “País das Maravilhas” ou no mundo dos “Espelhos” da minha infância, onde simultaneamente eu “imaginava coisas” e “não tinha imaginação”, onde só podia saber o que via e sabia, e “não sabia nada”.

No divã a realidade sempre tinha de ser posta de lado, inclusive as reflexões sobre a sua idade e saúde e especificamente a condição do seu coração. Não só era meu “privilégio” dizer qualquer coisa, como também tinha de me submeter à “regra analítica”, por isso falei sobre o que não poderia ter deixado de reconhecer como sinais de uma doença cardíaca duradoura, cianose e enrijecimento dos seus dedos. Ela não respondeu, por isso eu deduzi que aquilo devia ser secreto e proibido. Ao fazer um “comentário pessoal”, estivera automaticamente sendo “rude”.

Eu, muito mais jovem e gozando de boa saúde, não podia ajudar. Tinha de ficar sem fazer nada, enquanto ela, que corria o risco de um colapso cardíaco, arrastava um pesado divã de um lado para o outro de uma sala comprida, em todas as sessões. (Minha mãe costumava dizer que eu era “covarde”, sempre seguindo a norma da mínima resistência”. “Para que você serviria numa expedição ao Ártico? e citava Milton em *On his Blindness*.)

Em novembro de 1945, subitamente os meus pais ficaram doentes; o meu pai ficou desvairado e intratável. Sua condição foi diagnosticada como “acidente vascular cerebral”, precisando de tratamento em hospital; como naquela época era difícil conseguir uma vaga, teve de ser internado em um hospital para doenças mentais. Ele morreu lá cinco dias depois, de broncopneumonia; a autópsia revelou que o seu cérebro estava intacto.

Sua doença e morte tornaram-se o centro de uma grande perturbação familiar. Ruth, tendo primeiro se recusado a dividir um quarto comigo, pediu que eu fosse embora. Minha mãe determinou que não haveria flores no funeral, ao qual não poderia ir. Foi uma cerimônia triste, assistida apenas por um dos meus irmãos e por mim. (Mais tarde, ela revelou a sua possessividade e hostilidade inconsciente a ele não permitindo que fosse publicado nada além da simples notícia de sua morte na revista da escola em que ele lecionara durante trinta anos.)

Eu devia ler um ensaio para todo o quadro de membros da *British Psycho-Analytical Society* uma semana depois do seu funeral. Quis adiar aquilo, mas a Srta. Sharpe insistiu em que deveria lê-lo. Entre o meu sofrimento imediato e a minha transferência psicótica, não consegui enfrentá-la, mas considerei o fato uma grande intromissão no meu luto.

Li o ensaio e gostei do debate. Ela ficou satisfeita com o meu sucesso. Além de uma simples e obviamente sincera manifestação de comiseração pela minha perda, nada mais foi dito sobre o meu luto ou a consternação familiar. A análise continuou como se nada tivesse acontecido, exceto o fato de eu ter lido o ensaio.

Na época, a minha má vontade em lê-lo foi atribuída a um sentimento de culpa pela minha inveja da sua capacidade de escrever e apresentar ensaios, transferida de meus pais em seu relacionamento sexual e criatividade, e ao medo de punição se eu ousasse me afirmar ou desafiá-la de qualquer modo. Não podia negar a inveja, mas a considerava relativamente sem importância naquele ponto. (Fiz uma narrativa disfarçada disso em meu ensaio intitulado "Countertransference and the Patient's Response to it" [Little 1950].)

Em abril de 1947, nós concordamos em terminar depois do verão: "Não faz sentido continuar a analisar por analisar", disse ela; mas em maio, no feriado de Pentecostes, ela morreu subitamente.

Eu tinha assistido à primeira Conferência de Psicanalistas Europeus dos pós-guerra, em Amsterdam, e gostara. Havia feito novos contatos e novas amizades e, pela primeira vez, tive consciência do interesse de um homem por mim. Me despedi da Srta. Sharpe no dia do meu aniversário (que também era o do meu pai), alguns dias antes. Ela me desejou que aquela data feliz se repetisse por muitos anos. Eu voltei ao saber da sua morte.

Então, lá estava uma repetição do trauma anterior da morte do meu pai, que nunca fora superado, a realidade tendo sido quase negada na época; e aquilo repetira um trauma

ainda mais antigo, quando de modo parecido a Srta. Sharpe evitara que eu chorasse a perda de uma tia querida e, em vez disso, me fornecera uma interpretação de transferência sobre as suas próximas férias, que me pareceu tão ilógica quanto a maioria das "explicações" da minha mãe.

Procurei a Dra. Payne, em cujo divã falei e chorei sem parar durante uma hora. No final, ela disse em um tom de surpresa: "Mas você está muito doente!" Eu respondi: "É isso que tenho dito à Srta. Sharpe durante os últimos seis anos." Sabia que os meus verdadeiros problemas nunca haviam sido tratados; em vez de empatia houvera "confusão de idiomas" (Ferenczi). Sentindo-me mais do que nunca uma não-pessoa, e sabendo não mais do que antes quem "eu" era, eu estava mais uma vez totalmente exposta à minha ansiedade psicótica, com raiva, culpa, desamparo e desespero esmagadores.

A Dra. Payne falou sobre mim com Marion Milner, que me ajudou em linhas analíticas gerais e me apoiou muito durante o ano seguinte; mas a situação era difícil, porque havíamos sido estudantes na mesma época. Depois D. W. teve uma vaga e cuidou de mim.

Naquele período, a minha velha amiga e governanta teve de ir embora. Fiz uma importante mudança na casa, separando-a do consultório e vivendo sozinha pela primeira vez. Também tive (pela primeira vez) um relacionamento sexual com um homem, para mim até então impossível.

CAPÍTULO 5

Psicoterapia  
com D. W. W.,  
1949-1955,  
1957

**E**ntão, treze anos depois de ter procurado pela primeira vez ajuda psiquiátrica, e com 48 anos, fui até D. W. Não posso fazer uma narrativa tão clara, coerente ou detalhada como gostaria do período com ele. Posso apenas relatar minuciosamente algumas das coisas que aconteceram.

O meu relacionamento anterior com D. W. havia sido superficial. O primeiro encontro científico na *British Psycho-Analytical Society* a que comparecera foi numa noite barulhenta, com bombas caindo a cada minuto e as pessoas se abaixando sempre que havia um estrondo. No meio da discussão, alguém, que mais tarde eu soube tratar-se de D. W., levantou-se e disse: "Gostaria de salientar que está havendo um bombardeio aéreo", e sentou-se. Ninguém ligou para aquilo e o encontro continuou como antes!

Eu o ouvi falar em outros encontros e ler ensaios. Então, em 1945, no final de uma tarde, quando lia meu ensaio de

membro daquela sociedade, "The Wanderer: Some Notes on a Paranoid Patient", que ele não discutira, D. W. veio até mim e perguntou se eu aceitaria uma criança como paciente. Gostei muito de ele ter me perguntado, mas respondi pesadamente que não. Há pouco tempo eu havia concluído uma análise com uma criança, para treinamento (em análise infantil) que nunca completei. Aquilo havia provocado uma enorme ansiedade, e não gostei do modo como terminara. Estava confusa com esse fato, com a morte do meu pai e as circunstâncias que a cercaram. Não podia pensar em lidar com outra criança naquele momento, mas não descartei essa possibilidade para o futuro.

Ouvi a leitura de seus ensaios "Reparation in Respect of Mother's Organized Defence against Depression" (Winnicott 1948b) e "Birth Memories, Birth Trauma, and Anxiety" (Winnicott 1949b) e achei que ele era alguém que podia realmente me ajudar.

A entrevista preliminar com o Dr. Winnicott foi curta, talvez quinze minutos. Em nenhum momento ele elaborou uma história formal de qualquer tipo, mas, agindo com cuidado, desenvolveu gradualmente a sua compreensão do que estava me perturbando e da minha "necessidade interior" (George Eliot, *Mill on the Floss*). Tornei a minha aventura sexual uma desculpa para não continuar a análise; ele aceitou isso, mas disse que manteria a vaga por enquanto e que eu podia recomeçar depois, se quisesse. Não demorou muito para eu voltar para ele, quando achei o relacionamento sexual difícil.

A primeira sessão trouxe uma repetição do pavor. Fiquei enroscada, rígida, completamente escondida sob o cobertor, incapaz de me mover ou falar. D. W. ficou calado até o final do horário, quando disse apenas: "Eu não sei, mas tenho a impressão de que, por alguma razão, você está me excluindo." Aquilo trouxe alívio, porque ele podia admitir não saber e permitir a contradição, se ela ocorresse. Muito tempo depois eu percebi que estivera me fechando, ocupando o menor es-

paço possível e sendo o máximo possível reservada, me escondendo no útero, mas sem estar segura nem mesmo lá.

Em uma das primeiras sessões com D. W, me senti totalmente desesperançada de fazê-lo um dia entender qualquer coisa. Eu caminhei ao redor da sua sala, tentando encontrar um caminho. Pensei em me atirar pela janela, mas achei que ele me impediria. Depois pensei em jogar fora todos os seus livros, mas finalmente investi contra um grande vaso cheio de lilases brancos, quebrando-o e pisando nele. D. W. precipitou-se para fora da sala, mas voltou um momento antes do final do horário. Ao me encontrar limpando a sujeira ele disse: "Eu poderia ter esperado que você fizesse isso (limpar, ou sujar?), mas mais tarde." No dia seguinte, uma réplica exata havia substituído o vaso e os lilases. Alguns dias depois, ele explicou que eu havia destruído uma coisa de que ele gostava. Nenhum de nós jamais se referiu de novo ao incidente, que hoje me parece estranho, mas acho que se ele tivesse ocorrido depois D. W. provavelmente teria reagido de outro modo. Da forma como reagiu, eu achei aquilo tão inútil quanto as minhas lutas com a Srta. Sharpe ou com a minha mãe, e esqueci do ocorrido até recentemente. Vários anos depois, muito depois do final da análise, quando pedi um conselho sobre um paciente muito perturbado que me magoava intencional e repetidamente, falei sobre tê-lo magoado. Ele concordou em que eu o magoara, mas acrescentou que aquilo havia sido "útil".

Algumas semanas depois disso, durante toda uma sessão, fui novamente dominada por acessos de pânico. Repetidamente sentia uma tensão começar a surgir em todo o meu corpo, alcançar um clímax e diminuir, apenas para surgir novamente alguns segundos depois. Eu segurava as suas mãos e as apertava com força até os acessos passarem.

94, No final, D. W. disse que achava que eu estava revivendo a experiência de ter nascido; ele segurou minha cabeça durante alguns minutos, dizendo que imediatamente depois do nascimento a cabeça de uma criança podia doer e parecer pesada durante algum tempo. Tudo aquilo se encaixava, porque trata-

va-se de um nascimento *para um relacionamento*, via o meu movimento espontâneo, que era accito por ele (Little e Flarsheim 1964). Aqueles acessos nunca voltaram a ocorrer e apenas em raras ocasiões senti aquele grau de medo.

Logo ele descobriu que durante a primeira metade de todas as sessões não acontecia coisa alguma. Eu não conseguia falar até atingir um estado “inalterado”, não perturbado por qualquer invasão, como me pedirem para dizer o que estava pensando etc. Era como se eu tivesse de assimilar o silêncio e a calma que ele proporcionava. Aquilo era muito diferente das perturbações da infância, do estado de ansiedade da minha mãe e da hostilidade geral da qual eu sempre senti necessidade de fugir para encontrar paz. A partir de então ele aumentou a duração das sessões para uma hora e meia, sem cobrar a mais, até quase o final da análise.

Aqui, acho oportuno falar sobre as duas coisas em torno das quais tem havido mais equívocos — *holding e regressão para a dependência*. D. W. usava a palavra *holding metafórica e literalmente*. Metaforicamente ele estava *controlando (holding) a situação*, dando apoio, mantendo contato em todos os níveis com qualquer coisa que estivesse acontecendo, dentro e ao redor do paciente e no relacionamento com ele.

Literalmente, durante intermináveis horas ele segurou as minhas duas mãos apertadas entre as dele, quase como um cordão umbilical, enquanto eu ficava deitada, freqüentemente escondida debaixo do cobertor, calada, inerte, retraída, apavorada, com raiva ou em lágrimas, dormindo e às vezes sonhando. Em algumas ocasiões, ele ficava sonolento, adormecia e despertava com um movimento abrupto, ao que eu reagia com raiva, apavorada e com uma sensação de ter sido golpeada. Ele próprio descreveu essas sessões (Winnicott 1970b). D. W. deve ter sentido muito tédio e exaustão nessas horas, às vezes até mesmo dor em suas mãos. Nós pudemos falar sobre isso depois.

O *holding*, do qual o “controle” era sempre uma parte, significava assumir total responsabilidade, fornecer toda a força

do ego que o paciente não podia encontrar em si mesmo, e retirá-la, gradualmente, quando o paciente fosse capaz de cuidar de si mesmo. Em outras palavras, fornecendo o “ambiente propício” (Winnicott 1965), onde era seguro estar.

Apenas em raras ocasiões *holding* significava literalmente limitar ou controlar. Ele era compassivo, mas sempre firme, às vezes a ponto de ser cruel, quando achava que isso era necessário para a segurança do seu paciente. Impossibilitado de intervir fisicamente, ele podia “proibir” a ação. Isso era muito eficaz, porque apesar de poder ser transgredido não podia deixar de ser notado, porque fora dito e também porque, no contexto de uma transferência ilusória (Little 1975b), tornava-se automaticamente a proibição do próprio paciente, e depois se associava a algum elemento de sanidade (Little 1959). Funcionava tanto no nível consciente como no inconsciente.

Às vezes o *holding* tinha de ser delegado, entregando temporariamente um paciente dependente a outra pessoa para que ele pudesse descansar, ou tirar férias, mas sempre mantendo-se em contato com o paciente.

Durante uma de suas férias, ele entrou em entendimento com uma amiga minha, sem que eu soubesse, para que ela me convidasse para ir me encontrar com ela e duas outras amigas na Suíça: mais tarde, quando ele teve medo que eu me matasse enquanto estava fora, tomou providências para hospitalização. (Falarei nisso novamente.)

Em certa época eu era capaz de sair correndo furiosa da sua sala e ir embora dirigindo perigosamente. Ele guardava as chaves do meu carro até o final da sessão e depois deixava eu deitar sozinha e tranqüila em outra sala, até poder estar livre de perigo. Ele enfatizava a necessidade de “voltar” (Winnicott 1954a) da regressão profunda para a vida comum, porque “regressão para a dependência” significa regressão para a dependência para a própria vida — ao nível da infância, e às vezes até mesmo da vida pré-natal.

É claro que tudo isso se baseava em seu grande conhecimento e em sua compreensão das crianças de todas as idades

e dos pais, reconhecendo a necessidade de apoio e de alguém *presente*, para assumir responsabilidades. Sua sempre crescente capacidade de empatia, de estar em contato com o id, o ego e o superego, em pessoas de todos os tipos e de todas as idades, inclusive ele próprio, compreendendo a linguagem do corpo em todas as suas formas, era uma parte essencial dele. D. W. não se defendia dos seus próprios sentimentos, mas podia admitir todos eles e, de vez em quando, a sua manifestação. Sem sentimentalismo ele era capaz de sentir por, com e para o seu paciente, participando de uma experiência de tal modo, que a emoção que tivera de ser reprimida podia ser manifestada.

Eu falei com D. W. sobre uma perda antiga de que me lembrava. Havia encontrado uma amiga, "A.", na escola, alguém que me escolhera para ser sua amiga. Ela me tornou uma pessoa da sua casa, fazendo eu me sentir à vontade em seu quarto, com a sua babá e os seus brinquedos. Um dia, depois de um feriado, ela não estava mais lá. Depois, durante muitos dias, estava "doente"; e, em seguida, estava "morta". Eu havia sido "indelicada" e "egoísta" não escrevendo para ela. "Não poderia ter me importado", ou "teria escrito". Ele se viu chorando por mim — e eu pude chorar por causa disso como nunca fizera antes e lamentar a minha perda.

"Por que você sempre chora silenciosamente?" perguntou ele. Respondi que aprendera aquilo cedo. Certa vez, chorando com dor de dente no final de um longo dia, que tinha sido exaustivo para todo mundo, me disseram: "Pare de chorar, querida, você faz todos se sentirem péssimos", e na manhã seguinte, quando o abscesso havia estourado à noite e a dor terminara: "Está vendo, foi tudo uma confusão por nada." E freqüentemente: "Anime-se, querida! Breve você estará morta."

Aquilo o fez ficar muito zangado. "Eu realmente odeio a sua mãe." disse. Ele ficou "chocado" quando lhe contei como até depois dos dez anos eu tinha de "descansar", todas as tardes, em um quarto escurecido, sem nenhum brinquedo ou livro, e tive vergonha quando roí a vela ao lado da minha cama

até ela ficar fina no meio e eu poder pegar pequenos pedaços de cera para mastigar, amassar e moldar.

Eu achava D. W. uma pessoa basicamente sincera, para quem os "bons modos" eram importantes: ele tinha respeito pelo indivíduo, paciente ou colega, apesar de poder ser direto nas críticas. Exigir "associações" e insistir em uma "interpretação" teriam sido "maus modos", bem como inúteis. Ele era tão honesto quanto alguém podia ser, respondendo com franqueza a comentários e perguntas, a não ser quando havia uma necessidade de proteger outra pessoa. Mas era essencial *saber* quando a sua resposta não era totalmente sincera e por quê.

Ele respondia às perguntas diretamente, percebendo o seu significado visível e só depois indagando (sempre a si mesmo, freqüentemente ao paciente) por que ela havia sido feita. Por que naquela ocasião? E qual era a ansiedade inconsciente por trás dela?

D. W. me deixou seguir meu próprio ritmo, adaptando-se a ele. Somente usava pressão quando algumas circunstâncias — geralmente imprevistas e externas — a tornavam necessária. Isso foi muito importante para mim. Permitiu que eu fosse eu mesma, vivesse um ritmo próprio, enquanto anteriormente havia sido alternadamente impulsionada e contida, de modo que nem o ritmo nem as contradições eram meus.

A escolha do momento da regressão total não podia ser só minha: ela dependia em grande parte de se D. W. estava sobrecarregado. Ele falava que às vezes os pacientes tinham de "ficar na fila" para entrar nesse estado, um esperando até o outro ter superado os obstáculos e não precisar mais dele para isso. Mas a escolha do momento era minha, na medida em que não podia haver regressão antes de eu estar pronta.

D. W. fazia muito poucas interpretações, e apenas quando eu havia chegado ao ponto em que a questão podia tornar-se consciente. Então, é claro, a interpretação soaria bem. Ele não era "infalível", mas muitas vezes falava experimentalmente, ou especulava: "Eu acho que talvez ...", "Será que ...", ou "Parece que ..." Aquilo me deixava apreciar ou perceber o que



ele dizia, e livre para aceitá-lo ou rejeitá-lo. As interpretações não eram feitas como se eu tivesse acesso à função simbólica, quando eu não tinha.

Um dia a sua secretária me disse que ele não estava bem e se atrasaria para a minha sessão. Ele chegou, parecendo *cinzento* e muito doente, dizendo que tinha laringite. Eu disse: "Você não tem laringite, tem trombose coronariana. Vá para casa." Ele insistiu em que era laringite, mas não conseguiu continuar; telefonou para mim naquela tarde e disse: "Você estava certa, é trombose coronariana." Aquilo significava uma longa interrupção na análise, que foi muito dolorosa, mas finalmente me foi *permitido* saber a verdade: eu podia estar certa e confiar nas minhas próprias percepções. Era uma mudança que assinalava um momento decisivo, e D. W. sabia disso.

Ele dissera sobre mim um pouco antes: "Sim, você está doente, mas também há muita saúde mental aí." Comecei a reagir com ansiedade, e ele acrescentou: "Mas isso fica para depois, o importante agora é a doença", tendo percebido o meu medo de que ele a negasse ou esquecesse. Posteriormente D. W. me descreveu como sendo "alguém que sofre de esclerose múltipla que atingiu o cérebro".

Essa era uma descrição muito real do meu estado "*border-line*" e da minha transferência para ele (Little 1964a), porque na esclerose múltipla as lesões são espalhadas e o envolvimento cerebral provoca uma perturbação mental irregular; e havia, como eu sabia, "partes" doentes e saudáveis. Elas também refletiam o estado da minha mãe, quando D. W. falava nela. "Sua mãe é imprevisível, caótica, e estabelece o caos ao seu redor" (ver Winnicott 1961). "Ela é como um daqueles brinquedos que saltam para fora da caixa quando a tampa é aberta, sempre presente por toda a parte." Aquele havia sido realmente o meu primeiro ambiente, do qual eu não conseguia me desligar, apesar da estabilidade e segurança do meu pai, porque o caos dela o afetava também. Mais tarde, D. W. comentou que provavelmente eu teria ficado bem, se tivesse sido

entregue, desde cedo, aos cuidados de uma mãe de criação estável. (Talvez eu devesse enfatizar aqui que, apesar das minhas dificuldades, eu não dava uma impressão de "anormalidade". Havia freqüentado a escola, passado nos exames e até mesmo obtido bolsas de estudo; eu me formara em medicina, tivera êxito na clínica geral, treinara e me qualificara para ser psicanalista. Além disso, exceto por três períodos de cerca de oito meses cada, acrescidos das férias, eu trabalhei ininterruptamente como analista, durante toda a minha análise com D. W.)

É preciso fazer uma observação sobre a minha família; caso contrário seria difícil acreditar em muitas coisas que digo, ou mesmo entendê-las. Fico surpresa ao constatar que, apesar de na verdade ter dito muito pouco sobre isso *verbalmente* ao D. W., seu comentário sobre minha mãe foi como uma revelação (não uma "interpretação" analítica). Ele tornou possível e lícito para mim compreender muitas coisas que eu já sabia, havia observado ou que me disseram.

A infância da minha mãe, na Austrália, foi *horrível*, com um pai alcoólatra e instável e uma mãe amorosa mas dominadora, intrometida e imprevisível, a quem o meu avô era infiel. Dois irmãos mais velhos, um dos quais a minha mãe adorava, a provocavam e mimavam, assustavam e maltratavam. Um irmão mais novo nasceu cego. Com cinco anos, minha mãe assumiu a responsabilidade de cuidar dele, quando nasceu outra criança. Muito próximo estavam o mundo assustador da colônia penitenciária, do qual meu avô tirava sua força de trabalho, os aborígenes canibais e o Matagal, onde as crianças freqüentemente se perdiam, e raramente eram encontradas.

Minha mãe tinha de ser corajosa, divertida e inteligente. Seu pai também a provocava, mimava e maltratava. Finalmente, ele a renegou e ao seu irmão cego. Minha mãe aprendeu a dançar para ele e a chutar, "acidentalmente", a garrafa de conhaque, também para defender a sua mãe nas brigas com o meu avô. Esse não é absolutamente o momento oportuno para eu contar todos os detalhes que conheço, mas ela me disse, pouco antes de morrer, que "só consegui sobreviver

transformando tudo em uma brincadeira” (veja Searles 1959). O espantoso é que ela *realmente* sobreviveu, para casar-se com o meu pai, que era tão dedicado a ela quanto ela a ele. Isso nunca foi posto em dúvida, apesar de eles também provocarem um ao outro e aos seus filhos, freqüentemente com bastante sadismo. A idéia que a minha mãe tinha do sexo era a de “um dever desagradável que uma mulher tem para com o seu marido”; o parto era algo simplesmente horrível que ela mantinha a distância, apertando o corpo para que a sua gravidez não pudesse ser notada, e evitando as dores (que seriam inevitáveis) “não pensando nelas”, até isso se tornar impossível. Ter medo era “covardia” e “desprezível”.

Meu pai não era de forma alguma um João-ninguém. Ele era um matemático, que renunciou à carreira universitária e tornou-se professor para pagar os seus estudos (não pagos devido à falência do seu pai). Ele era equilibrado, afetuoso e afável, mas todos os seus relacionamentos e atividades sociais (iatismo, golfe etc.) foram sistematicamente destruídos pela minha mãe; só eram toleradas atividades solitárias ou que envolviam a sua família, e ele tornou-se irritável e impaciente. Meu pai era muito escrupuloso, inibido, tímido com as mulheres e pouco expansivo com os filhos. A única mulher com quem se teve notícia de que ele conversou foi a minha mãe; aquilo foi amor à primeira vista e por toda a vida, e ele raramente sentia vontade de enfrentá-la.

Não é de admirar que todos os seus filhos fossem perturbados em algum grau. Minha mãe manifestava o seu medo de que nós “nos déssemos mal”. Minha irmã mais velha, Ruth, intelectualmente brilhante, desenvolveu um superego selvagem, muita coragem moral e capacidade de resignação. Ela tornou-se um mito durante toda a sua vida, e uma santa; lamentavelmente, para ela, “Esta vida não valeria a pena se não houvesse uma vida melhor no outro mundo”. Minha irmã mais nova, Cecily, ficou doente logo que os meus pais emigraram para a Austrália (sempre a Terra Prometida), em 1934, e morreu (com 28 anos) pouco antes de eles chegarem lá. (Eles ficaram

na Austrália durante apenas quatro anos.) Meus dois irmãos — gêmeos univitelinos dez anos mais novos do que eu, nascidos prematuramente depois de uma gravidez quase fatal de uma mãe de 42 anos que já tivera três filhos — estão vivos e têm tido as suas dificuldades.

Para Ruth eu era “irritante”. Devo ter sido uma ameaça à sua supremacia, porque estava sempre doente quando era bebê e, depois disso, precisando de muita atenção e obtendo-a, provavelmente devido a uma hérnia do hiato congênita e a uma condição celíaca (ambas congênitas), que me incomodaram durante toda a minha vida e só foram diagnosticadas quanto tinha quase dezessete anos. (Antes disso, é claro, as minhas queixas eram “exagero”, “imaginação” e mais tarde “psicogênicas”, mas sempre algo que “devia controlar”.

Minha mãe fez todo o possível para ser uma boa esposa e mãe, às vezes tendo êxito, mas a ansiedade a tornava uma intrometida compulsiva, possessiva e sempre interferindo na vida e nos relacionamentos dos outros. Era uma pessoa muito inteligente e talentosa, dedicada e terna, mas de um modo totalmente descontrolado, sendo tragicamente prejudicada. A única coisa previsível era que ela seria imprevisível; tinha-se de encontrar modos de lidar com isso. As únicas brincadeiras possíveis — com brinquedos, bolas ou palavras etc. — tinham de ser sugeridas por ela; freqüentemente isso era bom, mas qualquer brincadeira iniciada por mim era interrompida, ou ela assumia o seu comando. A espontaneidade, “idéia, impulso, ação ... igual ... junto, sabendo o que fazer” (Sacks 1985) era fracassada. Sua própria mãe, a tirana benevolente, estava sempre por perto, e nem sempre era tão benevolente.

O meu tio cego era praticamente a única pessoa com quem eu podia conversar. Ele era um homem de estudos, muito culto, entendido em música e muito independente. Quando o meu tio se casou eu perdi o contato com ele. Fiquei profundamente deprimida e doente fisicamente.

Durante a minha análise com D. W., passei por três períodos de séria depressão, durante os quais não conseguia traba-

lhar. Há muito tempo tinha consciência de períodos de depressão que duravam cerca de dez dias, a intervalos de cerca de três meses, bem distantes de qualquer perda conhecida, os quais considerava ininteligíveis. E houvera duas depressões incapacitantes consecutivas às perdas das quais estava ciente.

No começo da análise, depois de uma crise aguda de gastroenterite (posteriormente identificada como uma crise da doença celíaca, continuei a me sentir muito doente, exausta fisicamente e profundamente deprimida. Não conseguia ir me encontrar com D. W. para as minhas sessões. Ele foi à minha casa — cinco, seis e às vezes sete dias por semana, durante cerca de três meses. Cada sessão durava noventa minutos. Em quase todas, eu simplesmente ficava deitada chorando, amparada por ele. D. W. não me pressionou, ouviu minhas queixas, demonstrou que reconhecia o meu sofrimento e podia suportá-lo. Quando me recuperei fisicamente, a depressão desapareceu pouco a pouco e pude voltar a trabalhar.

Para D. W., a psique e o soma eram inseparáveis, “corpo e alma, que no fundo são aspectos interdependentes da mesma realidade” (van der Post 1982). Ele estava sempre preocupado com o meu estado físico; sempre tinha à mão o estetoscópio, o esfigmomanômetro e o termômetro clínico, e os usava. Ele me aconselharia a procurar o meu clínico ou um especialista se necessário, mas também levaria a sério minha opinião sobre a minha própria saúde. Certa vez, quando tive uma bronquite branda, ele perguntou se não seria bom procurar o meu clínico, mas eu lhe disse: “Não estou doente. Estou infeliz.” E isso foi o suficiente.

O período do outono de 1950 à primavera de 1952 foi particularmente difícil para mim. Eu havia voltado das minhas férias de verão com uma hora marcada para falar novamente com D. W., mas descobri que ele tinha tido uma segunda, mas menos grave, trombose coronariana, o que significava uma longa interrupção da análise.

Em seguida, fui convidada para ser assistente na Secretaria de Comércio da *British Psycho-Analytical Society* e no *Institu-*

*te of Psycho-Analysis*, precisando de dois anos de preparação para assumir o cargo. Depois de ir a apenas três reuniões da Junta e Conselho, eu soube que não queria aquilo, mas na semana seguinte a minha predecessora morreu subitamente, e não tive outra escolha. Eu era “a pessoa óbvia para sucedê-la”. A pressão sobre mim para aceitar o cargo foi tão grande que não pude recusar.

Isso foi quando a mudança de Gloucester Place para Mansfield House estava sendo planejada e realizada. Eu era o membro mais jovem da Junta e Conselho, de que D. W. fazia parte como Secretário de Treinamento. Eu discordava de muitas coisas que eram decididas e passei a detestar o trabalho e tudo que a ele se relacionava. Tentei dizer a eles que precisavam de uma secretária *treinada*. Sentia-me culpada, fútil e inadequada, e desejei pedir demissão e ficar doente de novo. Ainda que tenha sido um grande alívio quando finalmente, em maio de 1952, fui substituída e logo uma secretária treinada foi indicada, a culpa e a depressão persistiram, especialmente quando descobri que não havia mais vagas para eu participar do programa de treinamento, embora na época da morte da Srta. Sharpe já houvesse sido convidada para fazer isso. (Na verdade, D. W. me disse que havia interferido para impedir minha participação porque eu estava “muito doente”.) Além disso, em 1951, depois da publicação do meu ensaio “Countertransference and the Patient's Response to it,” fui convidada a ir a Topeka como analista em formação, mas tive de recusar porque estava profundamente envolvida com a minha análise.

Na mesma época em que eu me sentia infeliz por causa de tudo isso, fiquei ansiosa em relação a D. W., o qual estava deprimido depois da sua trombose coronariana. Foi como um ano na infância, quando tive problemas na escola devido a um erro em relação à minha idade, e ao mesmo tempo me sentia ansiosa em casa, por causa da gravidez da minha mãe. Não creio que nós tenhamos falado qualquer coisa sobre sua depressão, mas eu tinha consciência dela (como com a Srta.

Sharpe) devido à sua aparência e modos diferentes, porque todo analisando é sensível ao que está acontecendo com o seu analista.

Estava sempre com medo de ele ter uma terceira trombose coronariana e morrer, o que teria sido fatal para mim. Um dia, quando o procurei para a minha sessão, esperei que me dissessem que ele estava pronto para me atender. Perguntei várias vezes à recepcionista: "Ele ainda está aqui?" Finalmente, depois de quarenta e cinco minutos, entrei em sua sala esperando encontrá-lo doente ou morto. Descobri que ele havia adormecido no divã e não ouvira a campainha! Então eu estava salva, e podia novamente saber, e seguir meu próprio impulso. Mas a minha depressão continuou. No período pior, não conseguia dormir à noite antes de telefonar para D. W., deixando o aparelho tocar repetidamente até ele atender.

Depois, soube que a segunda trombose coronariana e a depressão foram causadas pelo seu sofrimento com a dissolução do seu primeiro casamento — uma decisão que D. W. não tomou levemente. Mais tarde ele me contou sobre o seu divórcio e o novo casamento, temendo que eu ficasse sabendo das notícias através de outra pessoa ou da imprensa. Achei aquilo difícil, sobretudo porque meu próprio romance estava finalmente terminando. Sentia muito ciúme, e um pouco de material edipiano podia ser trabalhado, embora isso continuasse a ser uma parte isolada, que tinha de ser reincorporada depois.

Minhas sessões continuaram como antes, mas agora em sua nova casa. A análise parecia interminável, e o culpava pelos meus fracassos. Mas depois, no verão (1952), pela primeira vez na minha vida, eu *explodi* com a minha mãe por causa de um de seus comentários "inteligentes e sarcásticos". Disse-lhe exatamente o que achava: que ela estava sendo maldosa e ridícula, que não tinha o direito de ter se casado e ter tido filhos, e muito mais coisas do gênero, sem me importar com o efeito das minhas palavras sobre ela.

O comentário de D. W. foi: "Você devia isso a si mesma há muito tempo". Aquilo foi uma importante e espontânea

defesa dos meus próprios direitos, que nunca havia sido possível antes. Apesar de só ter voltado a vê-la quando ela estava morrendo, dois anos depois, nunca me arrependi do que fiz.

As minhas férias e as dele chegaram. Fui para o extremo norte da Escócia, para o campo, onde passava sozinha. Minha mãe escreveu, fazendo uma exigência extravagante; minha "explosão" foi ignorada e tornada inútil, seu domínio sobre mim reafirmado. Eu subi por uma trilha na montanha *batendo os pés de raiva*. A trilha era afastada, íngreme e escorregadia, e a percorri em meio a um denso nevoeiro. No dia seguinte, ainda furiosa, escorreguei na grama molhada do lado de fora do hotel, caí e quebrei o tornozelo. (Se isso tivesse acontecido no dia anterior, poderia ter ficado no chão a noite toda até ser encontrada.) Fui levada ao hospital e medicada; minha perna foi colocada em um gesso leve, sobre uma tala. Recebi um telegrama e uma carta de D. W., em resposta ao cartão-postal que lhe enviara contando sobre o acidente.

O Superintendente Médico do hospital foi muito útil. Ele falou na depressão que se segue a uma perda súbita da mobilidade, tendo ele próprio passado por isso na juventude, quando teve pólio.

No final de duas semanas eu estava começando a andar e fui liberada. Mas então surgiu a dificuldade de chegar em casa. Meu carro e outras coisas estavam a cem quilômetros em uma direção, minha casa a novecentos quilômetros em outra! Felizmente, duas amigas que conheci no hotel vieram em meu socorro. Uma despachou o carro para mim, e a outra me convidou para ficar em sua casa, que ficava no meu caminho, até eu conseguir fazer os preparativos para a minha viagem e o transporte do carro.

Quando cheguei em casa, o gesso estava folgado e teve de ser substituído. O novo aparelho era pesado e incômodo, com um mecanismo oscilatório debaixo do calcanhar, por isso, uma vez mais, a minha mobilidade estava muito restrita, e o andar, precário.

Quando voltei a ver D. W., seis semanas depois, tinham acontecido tantas coisas que eu estava confusa e havia perdido todo o contato com o que havia provocado o acidente, por isso nunca toquei nesse assunto com ele. D. W. presumiu que o acidente estava totalmente relacionado com a transferência, com as suas férias (cf. a reação da Srta. Sharpe ao meu luto), e que também foi uma séria tentativa de suicídio. Poderia ter protestado, mas a perda recente da mobilidade fizera voltar a depressão. Acho que havia uma culpa inconsciente pela minha agressão verbal à minha mãe, pela não aceitação da sua exigência e pela vontade que eu certamente tivera de agredi-la fisicamente, mas que havia se voltado contra mim.

Percebo que não me lembro do conteúdo do trabalho do ano seguinte na análise, por isso acho que projetei a confusão etc., e D. W. deve ter assumido o seu controle (Searles 1959), caso contrário, seria difícil entender o que se seguiu, em particular por que a hospitalização e a regressão, já ocorridas em consequência do acidente, aparentemente não foram usadas tão plenamente como poderiam ter sido.

Como eu interpreto isso agora, algo *tinha* de ser quebrado — para me libertar do domínio da minha mãe e destruir finalmente o padrão de repetição. Duas lembranças de infância se encaixam aqui. Uma é a dela apertando os meus dois pulsos e dizendo energicamente: “Você *tem* de se controlar!” Mas na verdade era *ela* que estava me controlando.

A segunda é a de estar doente com pneumonia — parte de um antigo “colapso” (com a idade de cinco anos), causado por muitas e súbitas mudanças, incluindo uma transferência para uma nova casa, onde meu pai era responsável pelos alunos internos; durante a noite havia dezenove garotos, com nenhum dos quais eu tinha permissão para falar. Na mesma época houve uma troca de jardim de infância. Não havia gostado do primeiro, mas detestei o segundo, onde um garoto mais velho e maior do que eu implicava comigo. (Um ano antes Cecily havia aparecido durante a noite e fui colocada em um quarto junto com Ruth, que implicava comigo e me assustava.)

No novo jardim de infância a identidade sexual era confusa. Em uma brincadeira de canto de “Pássaros em um Ninho”, o “pássaro pai” era um garotinho com longos cachos louros como os meus, que usava uma túnica e tinha o nariz permanentemente escorrendo (sem controle). Mas ele era um “menino”, e eu uma “menina”, por isso não poderia ter sido o “pássaro pai”. (“Homens e meninos têm cabelos curtos e usam calças; mulheres e meninas têm cabelos longos e usam saias”, tinham dito para mim!)

Subitamente doente, com uma febre muito alta e delirando, fui levada para a cama da minha mãe e o meu pai saiu. O conteúdo do delírio nunca foi lembrado como tal, mas acho que deve ter estado relacionado com essas questões de liberdade para ser eu mesma e de identidade sexual.

O que a minha mãe conta é que eu ficava agarrada a ela noite e dia e não a soltava. A interpretação de D. W. foi a de que “Ela não deixaria você morrer” — o que era verdade (como soube depois), mas agora eu diria: “Ela não me deixaria *escolher* entre viver e morrer.” Eu *tinha* de viver, para ela.

Por isso, quando a minha mãe reafirmou seu domínio sobre mim, depois da minha *explosão*, algo *tinha* de ser quebrado, e foi o meu próprio tornozelo.

Eu estava novamente presa pela perna quando voltei da Escócia. Naquela época, a confusão foi uma repetição do delírio no qual não conseguia distinguir entre minha mãe e mim mesma. Literalmente, não sabia quem “eu” era. Estar naquela confusão significava que não podia explicar a D. W. o motivo do acidente ou o que havia acontecido para precipitá-lo, não mais do que pudera fazer a minha mãe entender a antiga confusão (ou parar de vomitar). Então, eu só havia conseguido ficar doente e ameaçar morrer. D. W. também não pôde me deixar escolher entre viver ou morrer. Não percebeu que eu já fizera minha escolha inconscientemente, caindo onde caí.

Assim, quando se aproximavam as férias de verão, D. W. me disse que queria que eu fosse internada em um hospital, como uma paciente voluntária, “para certificar-se de que eu

não cometeria suicídio". Investi contra ele furiosamente; acho que bati nele, embora não tenha certeza. D. W. agarrou os meus pulsos e me segurou, mas não me machucou. Acabei concordando, com a condição de que ele garantisse que eu não seria submetida a eletrochoque, poderia ter um quarto particular, sair se quisesse (fazer a minha própria escolha), e de que ele me levaria lá e traria de volta. D. W. concordou com tudo isso, e cumpriu o prometido. Deixou claro que também manteria contato comigo no hospital.

Nós fomos para o hospital um dia depois do término do Congresso Internacional em Londres (1953). Na plataforma da estação ferroviária, D. W. percebeu que eu estava agarrada à sua capa impermeável, apavorada. Ele me deu o braço e, quando chegamos, disse: "Você está sendo muito corajosa". Em seguida, acrescentou algo sobre a minha "criatividade inata", que eu não entendi e de que não me lembro, mas depois descobri que havia sido importante, porque se relacionava com a espontaneidade.

D. W. ficou aflito porque o médico supervisor saíra de férias, sem ter lhe avisado antes. O substituto era um homem enérgico, contrário à análise, que não gostava de que lhe fizessem muitas recomendações por escrito e que era absolutamente contra a proibição do tratamento eletroconvulsivo.

No começo, quando D. W. me deixou, me senti protegida, mas depois de alguns dias, infeliz e abandonada. Fiquei confusa e ligeiramente desorientada. (Escrevi notas em todos os dias daquelas cinco semanas, que ainda tenho.) Durante dez dias fiquei em meu quarto, chorosa e com medo. Mas, para a minha surpresa, comecei a escrever poesia.

Então, uma manhã, pedi para ficar sozinha e não ser perturbada. Eles prometeram atender meu pedido. Mas entraram em meu quarto nada menos do que oito pessoas, uma após a outra. Quando a oitava, uma empregada da enfermaria, estava no chão ao lado da minha cama, dei uma palmada no seu traseiro. Imediatamente o supervisor substituto veio. Senti que ele me ameaçava; havia "outros modos de tratar a doença

mental além da análise, que às vezes eram necessários". Lembrei-lhe a proibição do tratamento eletroconvulsivo. Ao entardecer, estava morta de raiva. Atirei para longe a minha bandeja com o jantar, a luminária para leitura e tudo que pude encontrar no quarto, numa orgia de destruição. Fui imediatamente colocada no isolamento para passar a noite. Durante todo o tempo fiquei paranóica, vendo as enfermeiras como "demônios". Mas eu havia me agarrado a duas coisas que mais tarde provaram ser "objetos transicionais" (Little 1950), um lenço que D. W. havia me dado e um cachecol de lã azul de que eu gostava, e que comprara. Pela manhã, fui levada para um quarto aberto em uma ala trancada, e a Irmã da ala veio me ver. Mais tarde, banhada, alimentada e tratada como uma criança, fui colocada em um quarto onde fiquei durante o resto do tempo.

Em minhas sessões com D. W., fora tratada "de modo especial", como uma criança; ele próprio sempre abria a porta para mim, todas as sessões terminavam com café e biscoitos, ele fazia com que eu me sentisse quente e confortável, fornecia lenços de papel etc. Mas lá estava a total "regressão para a dependência", uma extensão do que D. W. havia me proporcionado; e ele se mantinha constantemente em contato com o hospital, e me enviava cartões-postais, dizendo onde se encontrava.

No hospital, os cuidados eram totais e a interferência mínima; tudo era fornecido e nada era exigido. Eu passava o tempo dormindo, lendo, escrevendo e pintando, às vezes nas paredes do meu quarto; na verdade, brincando. Perambulava pelo jardim e pelas ruas; quando chovia, uma enfermeira ia me buscar com guarda-chuva e capa impermeável. Quando os meus pés estavam empolados a Irmã tratava deles e me dizia: "Você devia ter telefonado pedindo que fossem buscá-la de carro."

Podia haver sofrimento ou agitação ao meu redor, mas o lugar continuava a existir, me amparando e protegendo, calmo e aparentemente sem perturbações. (Nesse sentido, nada poderia ter sido mais diferente do meu antigo ambiente. Lem-

brei-me de um dia, em 1944, em que Ruth e eu estávamos visitando os nossos pais; nós quatro não conseguimos nos sentar juntos durante mais que cinco minutos, porque sempre havia alguma coisa a ser apanhada ou feita. Não poderia ter sido tão ruim antes, mas naquele tempo eu teria sido menos capaz de agüentar isso do que era nesse momento.)

Mais uma vez algo havia sido quebrado (pratos, luminária etc.), mas não eu. Agora eu estava no que havia se tornado o meu verdadeiro "quarto de criança", em que era *seguro* não me controlar. Os limites eram amplos e flexíveis. Aquilo era fisicamente uma extensão do consultório de D. W., onde, anteriormente, havia quebrado o seu vaso. Agora podia tornar clara para *mim mesma* a minha escolha entre a vida e a morte ("Ser ... ou ... não ser" — *Hamlet*, III. i, ver Winnicott 1971b). O fato de D. W. me internar era uma repetição da sua reação quando quebrei o vaso, mas dessa vez o contato não foi interrompido como naquela época, quando ele me deixou sozinha com a destruição que eu havia causado.

Somente muito tempo depois percebi que a *própria* destruição era uma criação, porque a destruição e a criação são inseparáveis — não se pode pintar um quadro sem destruir uma tela branca e tubos de tinta (e tudo tem ambivalência), "porque não pode existir vida sem morte" (Thompson 1924), e "o amor envolve a destruição" (Winnicott 1963b).

Apesar de não gostar de muitas coisas no hospital, em geral ele era agradável e acolhedor, às vezes até mesmo divertido. Um dia pintei um mar e acrescentei subitamente a enorme cabeça de um monstro surgindo, com os olhos flamejantes e mandíbulas ameaçadoras. A tela foi pendurada, e o terapeuta ocupacional ficou em pé olhando-a, de costas para mim. Eu disse: "Uma bela obra de arte esquizofrênica, hein?" Ele precipitou-se para fora do quarto e atravessou o corredor. A irmã entrou reprimindo o riso e me perguntou: "O que você fez com o pobre Sr. Y? Parecia que o diabo estava atrás dele!" E nós rimos juntas, não dele, mas da minha pintura. A espontaneidade foi restabelecida, até mesmo bem-vinda.

prometida

Mas não podia ter accitado viver durante tanto tempo. O fato de ter de estar lá me deprimia ainda mais. Um dia, vendo um pedaço de corda no jardim, pensei novamente em suicídio. De repente percebi que aquilo não seria uma verdadeira solução, apenas uma vitória para o mundo louco contra o qual lutara durante toda a minha vida e ao qual, com tanta frequência, cedera (Winnicott 1963b), e realmente um ato de loucura. Nunca pensei nisso de novo e retornei da regressão para a vida comum (Winnicott 1954a).

Voltei a trabalhar uns quinze dias depois de ir para casa. Minha análise começara a chegar ao fim. Havia muito o que contar a D. W. sobre o período no hospital, a experiência, o tema das minhas pinturas e poemas, a minha brincadeira e as minhas fantasias, como uma criançaalaria sobre essas coisas com a sua mãe. Eu ainda ficava acordada até tarde da noite pintando quadros fantásticos e escrevendo poemas melancólicos. D. W. os examinava e fazia comentários sobre eles.

Não era crítico, apesar de dizer o que *sentia*. Demorei um pouco para perceber que o fato de ele não gostar de um quadro não significava que eu deveria destruí-lo. Ele tinha um valor simplesmente como uma criação, tanto para D. W. como para mim.

Em algum ponto dessa fase terminal, D. W. me deu uma interpretação particularmente importante, que tinha o mesmo caráter de "revelação" da sua observação anterior, sobre o "caos" da minha mãe. Ele me disse que o medo de aniquilação que eu sentia estava relacionado com a "aniquilação" que já ocorrera: eu havia sido aniquilada fisicamente, mas de fato sobrevivera, e estava agora revivendo emocionalmente a experiência passada. Custei um pouco a assimilar as suas palavras e a tirar proveito delas (Winnicott 1968). Mesmo agora, tendo a esquecê-las em momentos de tensão, mas logo que relembro aquela interpretação a ansiedade é aliviada ("O medo é apenas lembrança no futuro" — Elizabeth Ayrton, *Day Eight*; e "A sobrevivência é a irmã gêmea da aniquilação" — Churchill, *Discurso em 1941*).

Era verdade que eu fora aniquilada antes mesmo de haver existido. Não fui uma pessoa por mim mesma, apenas um complemento de outras pessoas: apresentada, "Esta é a minha filha"; conhecida como "A irmã de Ruth"; uma das três Margarets em minha classe e das duas M. Littles na escola. O meu segundo nome, Isabel, também foi inútil: "É sempre I, I, I", diziam. Ao tentar livrar-me do egocentrismo, coloquei de lado a inicial. Só a usei mais tarde, para me diferenciar de outra psiquiatra com o mesmo nome!

A essa altura, o caráter das sessões havia mudado muito, porque tanta dor, sofrimento e raiva tinham sido superados através dessa brincadeira, a base da criatividade (Winnicott 1971a) pôde substituí-los e o relacionamento surgido anos antes pôde se desenvolver. Alguns analistas parecem achar que todas as sessões *devem* ser dolorosas, mas ao mesmo tempo que D. W. tinha total consciência de que a análise só podia dar certo para alguém que realmente sofria, ele acreditava no valor de um relacionamento capaz também de ser estimulante e agradável. Muitas das brincadeiras através das quais me fortaleci fisicamente podiam ter sido como as da minha mãe: piadas, histórias e disparates (certa vez perguntei a D. W. por que ele havia preferido se alistar na Marinha, em vez de no Exército ou na Aeronáutica: "O uniforme combinava mais com os seus olhos azuis!"), um pouco de conversa fiada, informação e discussão séria sobre a análise. Mas essas coisas não foram usadas como defesa contra a ansiedade, para repelir a raiva ou a excitação, ou evitar o sofrimento e a infelicidade fazendo-me rir. Elas não me foram impostas, podia tê-las ou não, se eu quisesse. O importante era ser humano, e a brincadeira era uma parte essencial da vida humana em qualquer idade.

D.W. conseguiu me fazer entender algumas das exigências que uma análise como a minha impunham a ele, exigências que desejava cumprir, não só se a análise fosse bem-sucedida: suportando a ansiedade, a culpa, o sofrimento, a aflição, a insegurança e a sensação de impotência, suportando o que não podia ser suportado. Não havia qualquer defesa

contra o paradoxo ou a ambivalência, no paciente ou nele próprio. D.W. me falou sobre um paciente que, durante muitos meses, ameaçara suicidar-se de modo suficientemente sério para que ele providenciasse uma hospitalização. O suicídio ocorreu, em sua opinião desnecessariamente e pelo motivo errado, porque as suas instruções foram ignoradas. Depois disso ele havia passado por um longo período de ansiedade e culpa, porque odiou o paciente por tê-lo feito sofrer (Winnicott 1947). Ele desejou gritar: "Pelo amor de Deus, vá em frente e faça isso." Quando o suicídio realmente ocorreu, houve mais culpa e sensação de impotência (ele deveria ter sido capaz de evitá-lo); raiva contra os que não tinham seguido as suas instruções, e finalmente uma grande sensação de perda de uma pessoa por quem ele se interessava muito e em quem investira tanto sentimento. Ainda assim, ele deixou claro que a total abnegação não tinha sentido. Se ele não cuidasse de si mesmo, satisfazendo as suas próprias necessidades físicas e emocionais, não seria útil para ninguém, inclusive para si mesmo. Daí a importância do seu casamento, das suas férias, da música, dos amigos etc. Passei a perceber mudanças nele, crescimento e desenvolvimento, alterações no seu modo de trabalhar: coisas intangíveis, percebidas apenas depois que ocorreram. Certa vez disse que lamentava não tê-lo procurado antes; ele respondeu que não poderia ter feito a minha análise antes.

O fato de ele me deixar participar um pouco disso tornava-o seguro para mim; aumentava minha própria sensação de ser valorizada e, por isso, ser importante, e dessa forma minha capacidade de me valorizar aumentou. Tornei-me consciente de que o D.W. que eu conhecia era diferente do que todos conheciam, apesar de que as outras pessoas podiam conhecer alguns dos mesmos aspectos dele. Eu o "criei" para mim mesma na minha imaginação, porque essas pessoas e eu éramos diferentes, apesar de que podíamos parecer iguais; isso dava a elas o seu valor e realidade. Acima de tudo, ele tornou-se uma pessoa viva e real com quem eu tinha um relacionamento que co-



meçara anos antes, e que não era mais baseado apenas na transferência.

Seguiram-se outros relacionamentos, com colegas e amigos. No início de 1954 a minha mãe morreu; não havia me encontrado com ela ou com Ruth desde a minha “explosão”. Então, pela primeira vez, um relacionamento com Ruth tornou-se possível. Eu estava encontrando prazer e satisfação em meu trabalho e em tudo o mais, principalmente na pintura e em meu jardim, que parecia ser o único elo positivo com minha mãe.

Nós começamos a diminuir a duração e a frequência das sessões, e a aumentar, por insistência minha, os honorários dele. No verão de 1955, eu concordei em terminar. Mais uma vez, me envolvi sexualmente e fui malsucedida, porque era novamente uma situação edípiana. Voltei para D.W. procurando ajuda. Ele me atendeu uma vez por semana durante dezoito meses, no final dos quais me disse claramente que era hora de eu assumir as minhas próprias responsabilidades e continuar com a minha vida — “seja você mesma”, mas agora por *mim*, não por ele.

## CAPÍTULO 6

# Resultados, 1957-1984

**T**erminar não foi muito difícil: meu relacionamento com D.W. continuou a ser cordial e satisfatório, apesar de eu nunca ter podido fazer parte do seu círculo mais íntimo de amizades. Aquilo era explícito e compreensível. Podia vê-lo ou telefonar-lhe de vez em quando, em caso de necessidade, e ele me convidou para participar de uma pequena reunião de grupo para discutir alguns dos seus trabalhos mais recentes.

Eu não era mais uma “não-pessoa”, minha identidade foi reconhecida por D.W. e por outras pessoas; havia me firmado como uma analista em treinamento e D.W. encaminhava para mim pacientes, tanto adultos como adolescentes (sobre os quais nem sempre concordávamos) para consulta ou análise, inclusive alguns de quem ele gostava especialmente. Minha posição como pintora também foi reconhecida: meus quadros eram expostos regularmente e vendidos ocasionalmente. Eu

podia *ser e fazer*, me afirmar sem culpa indevida, ansiedade ou reação paranóica. Nas palavras de um velho amigo de antes da análise eu “não era reconhecível para a mesma pessoa”. (“Parecia que ser conhecido é ter vida e continuação no conceito de outros homens” — Power 1969.)

Desde então tenho continuado com a auto-análise (Little 1964b), até mesmo recentemente, explorando novamente muitas das minhas experiências, reconsiderando o *valor* da regressão, vendo-o mais claramente, em especial o período no hospital, como um desafio em determinar o que se revelaria mais forte, a doença ou a saúde, que estavam ambas lá.

Tenho tido sucesso e fracasso, prazer e dor, em minha vida profissional e pessoal, e considerado que a vida vale a pena ser vivida, o que certamente não ocorria antes. Fui muito enriquecida como mulher por um relacionamento com um homem de interesses variados, corajoso, leal e muito divertido, cuja perda lamento.

Como com qualquer pessoa importante, é muito fácil idealizar ou denegrir D.W., considerá-lo uma figura “carismática” ou “venerável”, mas fazer isso *é desumanizá-lo*, agarrar-se à fantasia e ao conceito errôneo.

Para mim, é claro que continua a haver ambivalência e ansiedade, porque nenhuma análise põe fim a elas, ou é completa. De minha parte, ainda sinto a minha raiva inevitável (e importante) (Winnicott 1962b) em relação aos erros e coisas que ele deixou passar ou interpretou mal, e de qualquer maneira elas eram necessárias para eu me desenvolver e amadurecer (Winnicott 1962b); a perfeição teria sido inútil. (Ele não podia me dar tudo que eu, como *criança*, queria.)

O sentimento dominante é de profunda e permanente gratidão, porque D.W. me possibilitou encontrar e libertar o meu “verdadeiro *self*” (Winnicott 1960b), minha espontaneidade, criatividade e capacidade de brincar; ele restituiu a minha sanidade sem me deixar “apenas sã” (Winnicott 1971b). Estou em contato com a criança em mim que quer brincar, usar (Winnicott 1968) o que recebeu, e se ressentir da necessidade

de “escrever uma bela carta de agradecimento”, enquanto o meu *self* mais amadurecido tenta expressar a verdadeira gratidão que sinto fazendo este relato do meu trabalho comigo. (“Eu não sei se gosto disso, mas é o que eu queria”, como disse Vaughan Williams, sobre a sua Quarta Sinfonia.)

## CAPÍTULO 7

# Winnicott Como Mestre

Esta parte seria incompleta sem uma referência a D.W. como mestre. Nunca o conheci “oficialmente” nesse papel, apesar de ter aprendido muito com ele durante a análise (também lhe devo isso); e qualquer reivindicação da minha parte de que realizei algo remotamente parecido deve-se a esta análise, e não é uma questão de imitação ou de ter sido “ensinada”.

Não creio que um analista possa sempre estar consciente do que está fazendo, e por quê, *no momento* (“Como posso saber o que penso até compreender o que digo?” — Graham Wallas, *The Art of Thought*), e acho que D.W. não estava — ele não tinha medo de reagir, ou de ser espontâneo, mas, frequentemente explicava o que estava dizendo ou fazendo, às vezes no momento, em outras ocasiões em uma sessão posterior. Criticava constantemente o próprio trabalho, na auto-análise, e estava disposto a reconhecer e corrigir um erro ou

omissão quando o material do paciente revelava essa necessidade.

O que se segue, eu soube através de outras pessoas. Seus seminários e sessões de supervisão eram eventos alegres e agradáveis, mesmo quando ele discordava das idéias e métodos dos outros; eram informais, com freqüência animados por canecas de café quente e biscoitos de gengibre. "Ele ensinava você a fazer livres associações *como analista* com todo o material do seu paciente. Quando você falava sobre isso ele se recostava na cadeira, fechava os olhos e começava a falar consigo mesmo, associando livremente em relação ao paciente, ao que você teria dito, a qualquer coisa que tivesse acontecido. Não criticando, ou perguntando: 'Por que disse isso?', mas partilhando com você as associações dele" (Ralph Layland, informação pessoal). D.W. exemplificava o que dizia com seu próprio trabalho, a discussão era livre; ele não "discursava" (isso teria sido "falta de educação"), e incentivava os estudantes ou colegas a encontrar seus próprios modos de trabalhar; a não seguir os dele, porque estes diziam respeito essencial e inseparavelmente à sua personalidade.

Apesar de trabalhar de modo muito diferente de Melanie Klein, D.W. reconhecia o seu débito para com ela. Como eu já disse, em casos de psicose ele usava a "técnica padrão" (isto é, o próprio método de Freud, interpretando a transferência, especialmente em termos de material edípiano reprimido e da atividade do superego). Mas não havia nenhuma classe de doença que Winnicott achasse impossível de analisar, como Freud considerava as neuroses e psicoses narcisistas; apenas algumas pessoas, de acordo com o grau das doenças e de suas particularidades.

Estou certa de que essa técnica muito pessoal não podia ser *ensinada*. O importante para mim era a experiência direta com ela, algo que era absorvido inconscientemente, sem palavras. Mas além do que D.W. escreveu sobre o seu trabalho, algo sobre suas intuições pode certamente ser aprendido pe-

los estudantes através de análise ou supervisão com analistas que o compreendem em um nível não apenas intelectual.

Caracteristicamente, a dedicatória de um dos seus livros publicados logo antes da sua morte, *O Brincar e a Realidade*, é a seguinte: "Aos meus pacientes, que pagaram para me ensinar". A importância do aprendizado com os nossos pacientes, como uma mãe aprende com o seu filho, era a base do seu trabalho, porque eles, não nós, são os que sabem.

## II

# Sobre o Valor da Regressão para a Dependência

O caçador e os animais que ele procura parecem unir-se e tornar-se parte um do outro e de toda a vida que existe.

*James Houston, "Spirit Wrestler"*

Na parte I, escrevi sobre a auto-análise contínua depois do término com Winnicott em 1957, e sobre "reconsiderar o *valor* da regressão, vendo-o... em especial o período no hospital, como um desafio para determinar o que se revelaria mais forte, a doença ou a saúde, que estavam ambas lá".

Essa consideração é válida, mas, além do que a experiência fez por mim, há um valor muito maior: para os meus pacientes, para Winnicott e para os psicanalistas que estão dispostos a permitir essa regressão em seu tratamento dos pacientes psicóticos.

## CAPÍTULO 8

# O Valor da Regressão



Exceto pelo trecho final sobre Winnicott como mestre, a Parte I foi escrita do ponto de vista de uma *paciente*, uma psicótica *borderline*.

Do ponto de vista do analista, o valor da regressão para a dependência pode ser afirmado de um modo muito simples — *ela é um meio pelo qual se podem explorar as áreas onde predominam as ansiedades psicóticas, revelar experiências antigas, e reconhecer e resolver idéias ilusórias ocultas, através da associação transferência/contratransferência de analista e analisando, em fases positivas e negativas*. Na prática, é claro, isso não é tão simples.

O ensaio de Winnicott "The Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytic set-up" (Winnicott 1954b) trata em detalhes de considerações teóricas e práticas. Ele se refere à transferência e à contratransferência, especialmente à última, como sendo de suprema importância, mas muito pouco na forma de dados sobre pacientes está dispo-

nível para nós em qualquer um dos seus escritos. Meu objetivo ao escrever este capítulo é, em primeiro lugar, ilustrar clinicamente o que ele escreveu; mas também acrescentar algo de meu que, como mostrarei depois, ele reconheceu.

Devo deixar claro aqui que estou usando o termo *contra-transferência* no sentido exato em que eu o defini em meu ensaio "Counter transference and the patient's response to it" (Little 1950):

elementos reprimidos, ainda não analisados, no próprio analista, que se associa ao paciente do mesmo modo que o paciente "transfere" para o analista afetos etc. relacionados com os seus pais ou com os objetos da sua infância: isto é, o analista vê o paciente (temporariamente e de modo variado) como via os seus próprios pais... Esses sentimentos são infantis, subjetivos, (e) irracionais, alguns agradáveis, outros dolorosos. (pp. 34-35; ver também Winnicott 1960c)

Mas além do que é reprimido, pode haver muitas coisas não analisadas, que jamais foram nem mesmo pré-conscientes, relacionadas com os níveis mais antigos da experiência do analista, formando desta forma parte da sua contratransferência — uma parte intuitiva e muito importante no tratamento da psicose.

A regressão para o nível da ansiedade predominante ocorre em todos os pacientes em análise, logo que o controle consciente é diminuído. Também ocorre durante o sono, em momentos de ociosidade, de ausência de exigências externas ou internas; e quando a ansiedade não é intensa a regressão pode ser gratificante e agradável, tornando possível o sonho, a fantasia e a criatividade.

Gavin Maxwell (1968), em seu livro *Raven Seek Thy Brother*, descreve particularmente bem o que aconteceu em uma regressão durante a convalescença, depois de um acidente sério onde sofrera lesões múltiplas:

Houve uma coisa curiosa relacionada com a minha convalescença, quando eu ainda estava no hospital. Logo que recuperei a energia e a concentração necessárias para trabalhar, dediquei-me à autobiografia da minha infância, que foi publicada em 1965, sob o título de *The House of Elvig*. Dei-me conta, com absoluta certeza, de que o meu desamparo e a minha dependência, meu corpo sem pêlos, minha redução na meia-idade a um *status* infantil, haviam realizado para mim um milagre de transposição de tempo, tornando-me capaz de pensar como uma criança e de recordar imagens e atitudes que, de outro modo, teria esquecido. Em certo sentido, voltei à infância; assim, escrever sobre ela não representou um esforço de memória, mas foi realmente reviver aqueles primeiros anos, porque tinha que me adaptar agora àquele padrão autoritário e distante. A recriação foi estranhamente completa; eu havia passado pelo estágio de doença aguda, análogo aos anos de criança dependente, e entrado em uma convalescença impaciente e irascível que encontrava o seu paralelo exato no protesto intolerante da puberdade e da adolescência. Desta forma, e porque a seqüência do texto seguiu esses estágios fiel mas involuntariamente, cenas e emoções há muito esquecidas, diálogos e procedimentos mentais tornaram-se coisas do presente e não do passado. Suponho que as imagens eram fortuitas, mas reais e espontâneas. (p. 53)

Os cuidados que ele recebera no "estágio de total dependência" foram claramente adequados às suas necessidades naquela época, e tornaram-lhe possível passar para o estágio em que pôde reviver as dificuldades de sua adolescência e usar a experiência criativamente. Sua transferência foi para o hospital e para a sua "autoridade", e importou em não mais do que é normalmente visto em uma situação desse tipo, relacionando-se com conflito e perda; reviver a infância é uma característica da regressão.

Perturbações na adolescência são comuns para a maioria das pessoas, e muitas se resolvem espontaneamente. Mas onde a perda ou o conflito, dentro de um indivíduo ou entre ele e o ambiente, dão origem à ansiedade (psiconeurose), um pouco de ajuda psiquiátrica pode ser necessária para tornar possível uma regressão como a que Gavin Maxwell descreve. A psicanálise “padrão”, que usa a técnica da interpretação verbal, é apropriada aqui.

No entanto, muitas pessoas têm componentes do que é chamado de “loucura” ou “doença mental”. Eles podem estender-se sobre áreas grandes ou pequenas da personalidade, causando um grau maior ou menor de perturbação em suas vidas; no trabalho, lazer e relacionamentos.

Coisas assim são causadas por ansiedades anteriores às da psiconeurose; dizem respeito à sobrevivência e à identidade (Freud 1917), e para os que sofrem com elas o *som* das palavras ditas pode ser importante, mas não o seu *sentido*, de modo que a interpretação verbal não adianta muito, e precisam ser encontrados outros meios de lidar com a ansiedade.

Eu, como muitos outros, era aparentemente “normal”; freqüentei a escola, a faculdade de medicina, pratiquei como clínica geral e fui aceita para treinamento e qualificada como psicanalista. Trabalhei durante toda a minha análise, exceto nos feriados e em três períodos curtos de depressão. Mas sofria de uma enorme ansiedade que tinha que esconder, e era inibida de muitas formas, especialmente na área dos relacionamentos, porque tinha pouca confiança em mim mesma, ou pouco entendimento da minha identidade. A psicanálise comum não adiantou e precisei de uma profunda regressão, ao nível da total dependência, a partir da qual consegui me tornar, embora tardiamente, uma pessoa um pouco mais real, equilibrada e madura.

Na vida pré-natal e no início da vida pós-natal uma criança é totalmente dependente. No momento do parto a integração, apesar de iniciada, não está muito desenvolvida; a sobrevivência não pode ser tida como certa. A ansiedade “in-

concebível” ou “arcaica” é despertada pelos traumas “contra os quais uma pessoa não tem uma defesa organizada, de modo que sobrevém um estado de perturbação”. Isso é experimentado como aniquilação; ser totalmente destruído (como um balão furado); caindo continuamente; sem ter qualquer meio de comunicação e por isso estando totalmente isolado; estando desligado do próprio corpo; ou perdido no espaço (Winnicott 1956b, 1962d).

Posteriormente, quando a identidade começa a se desenvolver, mas ainda não está estabelecida, a perturbação pode ser menos dolorosa, a confusão menor, e as defesas podem ser recriadas e fortalecidas.

Apenas um ambiente capaz de suprir todas as necessidades pode garantir a sobrevivência e promover a integração; onde isso não é fornecido, a ansiedade da aniquilação persistirá, e períodos de confusão se seguirão a perturbações e fracassos.

Como um resultado desse estudo longo e exaustivo, desde o nascimento, tanto de crianças sadias ou perturbadas e de suas mães, como de pacientes psicóticos em regressão, Winnicott passou a considerar a psicose uma “doença por carência ambiental” (Winnicott 1949a), que exigia uma volta ao tempo em que a deficiência ou adequação do ambiente era muito importante. O analisando revive e interpreta novamente eventos daquela época, e o analista fornece um ambiente que seja capaz de “adaptação ativa total” durante o tempo que for necessário e, mais tarde, de suprimir gradualmente a adaptação. Um ambiente “suficientemente bom”, que dê um “apoio” (*holding*) seguro (Winnicott 1952b; Richard Rowlands [1956-1630?] “Lullaby”), contribuirá para o desenvolvimento emocional no padrão primitivo (Winnicott 1945) de formação, de tornar-se uma pessoa; descobrindo a realidade (T. Traherne [1637?-1674] “The salutation”) e uma capacidade para a fantasia (ilusão ou imaginação), para a criatividade e para formar relacionamentos; e a habilidade de usar símbolos e metáforas (Sechehaye 1951).

A regressão para a dependência é um “processo de cura” (Winnicott 1954b) originado não no analista, mas naquela parte do analisando, seu “verdadeiro self” (Winnicott 1949a, 1960b), que ainda pode esperar uma reversão do fracasso original, encontrando no analista uma adaptação suficiente para as suas necessidades. É preciso haver um “tratamento” em vez de uma “técnica”; e um comportamento intuitivo, não interpretação verbal. Mas isso não é fácil, porque envolve o analisando em uma volta assustadora ao primeiro estágio não-integrado. Há o risco de aniquilação repetida pelos estímulos aos quais ele tem de reagir fisicamente (reflexo de choque), e com uma integração forçada, contra os quais ele não tem defesas e não pode compreender; de deixarem-no cair quando ele está indefeso, não havendo limites ou controle.

O analista tem de ser capaz de renunciar às suas defesas contra a mesma ansiedade, o medo de aniquilação, da perda da identidade, tanto por si mesmo como pelo paciente. Ao mesmo tempo, sua própria identidade deve permanecer distinta e seu sentido de realidade inalterado, mantendo a consciência em dois níveis extremos, o da realidade e o da ilusão. Ele está na posição de uma mãe *vis-à-vis* o filho, mas onde nem ele nem o paciente estão de fato nessa situação. Isso exige as mesmas qualidades de uma “mãe suficientemente boa” (Winnicott 1952b), empatia com a criança (Winnicott 1960a) e capacidade de considerá-la uma pessoa separada. Não contar com a “atitude profissional” para aceitar um “relacionamento direto” com o paciente como distinto da imagem do espelho, e lembrar-se de que a sexualidade não tem qualquer sentido aqui; unir-se fisicamente a ele aceitando a ilusão de unidade; tolerar o ódio do paciente sem revidar quando os traumas originais são revividos (Winnicott 1947, 1960c) e suportar as suas próprias emoções quando elas são despertadas.

A “atenção interrompida uniformemente” do analista (Freud 1913) parece-me, aqui, semelhante à “preocupação maternal primária” descrita por Winnicott (1956a): talvez seja basicamente a mesma coisa, apesar de em menor grau, porque a

preocupação maternal primária aparentemente significa um elemento de doença regressiva temporária, até mesmo esquizóide, na mãe.

Há muitas dificuldades no caminho para ambos os parceiros. O tempo é essencial; e a ausência de perturbações causadas por doenças físicas, exigências do mundo externo, trabalho etc.; mas acima de tudo, há em cada um deles a resistência interna, causada pela própria ansiedade. O controle é necessário. O ambiente analítico proporciona conforto físico, calor humano, silêncio e ausência de interrupções em geral. O conforto emocional também é encontrado na atitude do analista de aceitação, encorajamento e reação, que às vezes pode ser ativa, ou, com mais frequência, neutra. Em um paciente gravemente perturbado essas são necessidades absolutas (Winnicott 1949a, b, 1954a, b), não desejos; e, quando supridas, têm um efeito interpretativo, como as “sugestões” que uma mãe dá ao seu filho.

Como o paciente não é uma criança, reage aos fracassos de um modo adulto, com um corpo adulto, e aí reside o perigo. Para o analisando, há risco de fracasso se as suas necessidades não forem supridas, de reconstruir defesas, passar rapidamente para a doença ou a sanidade; ou de suicídio, o que deve ter liberdade para escolher, se desejar, destruindo assim a análise. Para o analista, há um sério risco de ser atacado, quando a raiva despertada pelo trauma original é liberada, ou quando a tensão diminui e ele comete um erro do qual não pode tirar partido. É uma questão de vida ou morte, somática ou psíquica. Se o analista não sobreviver à doença, acidente ou ataque (ou desenvolver uma psicose de contratransferência), pode não haver uma cura para o analisando; apenas, na melhor das hipóteses, um retorno ao *status quo ante*.

Quando ambos sobrevivem aos pontos perigosos e as defesas não são reconstruídas, o analista pode tirar gradualmente a sua adaptação; o analisando pode tornar-se uma pessoa, um *self* que é diferente do *self* anterior (apesar de estar relacio-

nado com ele). A experiência de ser “adotado” é realmente mutante, porque resolve a ansiedade relacionada com a sobrevivência e com a identidade, renovando a confiança e proporcionando a continuidade da existência. A consciência de ser real, o reconhecimento de que é interior ou exterior, a capacidade de fantasiar e de distinguir a fantasia da realidade, de simbolizar, de relacionar-se com os outros de um modo anteriormente impossível, e de amadurecer, primeiro para a “posição depressiva” (Klein 1935), e mais tarde para o nível edipiano, seguem-se como no desenvolvimento normal, ajudados por qualquer maturidade obtida antes.

Nem sempre é reconhecido que a dependência é mútua. O analista depende de que o paciente vá às sessões, pague e coopere como puder; se permita regredir e ficar indefeso; e cresça. O analista não pode fazer essas coisas por ele, ou obrigá-lo a fazê-las; pode apenas simplificá-las por meio de sua segurança, compreensão e capacidade de comunicar-se no nível do paciente.

Toda análise bem-sucedida de um paciente psicótico ou *borderline* representa, de modo muito claro, um benefício para o próprio paciente. Mas o analista, além da alegria de ter realizado um trabalho útil e satisfeito um desejo de ambos, lucra com uma compreensão melhor da psicose, e um maior conhecimento de si mesmo. E, acima disso, está a importância para a psicanálise que se desenvolve, e sua aceitação pelo mundo.

## CAPÍTULO 9

# Explorando as Ansiedades Psicóticas

Em 1949, tive a sorte de descobrir, ou de ser descoberta (o que no nível ilusório é a mesma coisa [Little 1957b, 1960]), por um psicanalista que durante vinte anos havia tratado de pacientes psicóticos.

Pude renunciar gradualmente à minha onipotência e ao meu *self* falso, “guardião”, e, contando com o seu “apoio” (“*holding*”), reviver a minha infância traumática. Eventualmente pude, de modo imaginoso, destruir e ser destruída por ele (novamente a mesma coisa) e depois, descobrindo que ambos havíamos sobrevivido, usá-lo e ser útil para ele (Winnicott 1968, 1970b).

Desde o início, D.W. teve consciência de que minha ansiedade estava relacionada principalmente com a sobrevivência e a identidade, e de que em outras áreas eu havia atingido um grau razoável de maturidade. Foi nesse conhecimento que ele baseou o diagnóstico e a decisão de tomar a seu cargo a minha análise.

No primeiro momento, eu o excluí, escondendo-me de baixo do cobertor e ficando calada. Alguns dias depois, fugi da análise para um relacionamento sexual, para o qual não estava realmente pronta. Acho que aquilo foi uma tentativa inconsciente de evitar o desespero, que tentei fazê-lo perceber quebrando um vaso em seu consultório. D. W. ainda não estava preparado para assistir àquela encenação destrutiva, e me deixou sozinha com o caos que eu havia criado, de modo que permaneceu a sensação de futilidade e desesperança.

Pouco depois disso, houve sessão em que aparentemente revivi uma experiência traumática do parto, confirmando a sua opinião de que eu estava “em um estado extremamente infantil” (Winnicott 1949a, b) e de que, para tornar possível um desenvolvimento emocional normal, seria preciso uma regressão profunda, talvez até mesmo para a vida pré-natal.

45, Cheguei à conclusão de que nessa sessão, com os seus espasmos periódicos de tensão física, revivi uma experiência pré-natal, não um parto traumático. Estudos mais recentes confirmaram que o sistema sensorial está totalmente desenvolvido no nascimento. Perturbações repetidas na vida pré-natal, através de manifestações somáticas da ansiedade da mãe (pulsão ou respiração rápida, aceleração dos movimentos intestinais etc.) transmitidos através do fluido amniótico, provocam reações no feto (despertar súbito, movimento etc.) e, aparentemente, são sentidas como o que poderia ser chamado de “aniquilação”. Portanto, o processo do parto representará uma repetição em grau exagerado da aniquilação e da descontinuidade que já haviam sido experimentadas (Winnicott 1949b).

Na verdade, o meu nascimento foi fácil: minha mãe me teve antes da chegada do médico ou da parteira. Desconfio de que ela demorou a chamá-los em parte devido à sua crença em que “se você não pensar na dor ela passará”, e em parte devido ao seu medo de que a parteira segurasse a cabeça para trás. (Ela nunca entendera a necessidade disso, e em

seu parto anterior considerara esse procedimento um ato de “crueldade”).

Ela me contou que durante a sua terceira gravidez “quase se suicidou”, por causa da ansiedade.

Não é possível considerar minha mãe capaz de qualquer grau de “preocupação maternal primária”. Isso não quer dizer que a criança não era importante para ela — apenas minha mãe nunca poderia vê-la a não ser como parte de si mesma, e a própria idéia da separação despertava ansiedade, porque corresponderia a uma aniquilação.

É claro que a ansiedade vitalícia de minha mãe, que a tornou “caótica” e “imprevisível” (Winnicott 1961), persistiu depois do parto. Durante minha infância, ela assumiu a forma de perturbações constantes de minha condição ainda muito desintegrada. Minha mãe me disse que sempre que encontrava a boca de uma criança aberta, ela a fechava, e se a criança estava chupando o dedo, ela o tirava de sua boca; se estava deitada de costas ou virada para o lado esquerdo, ela a colocava sobre o lado direito, “para evitar pressão no coração” (as costelas não significavam nada para ela). Os orifícios do corpo eram constantemente examinados; mais tarde, houve lavagens noturnas (e, na adolescência, muito tempo foi dedicado a espremer cravos e espinhas). Como uma criança pequena, minha mãe não conseguia deixar de se meter em tudo.

Equívocos como o seu medo da parteira levavam a desastres, para ela e para a sua família, por isso sempre havia ameaça de caos. Eu era censurada por ser “um bebê” ou “sensível”, se fazia qualquer “estardalhaço” quando estava assustada. Minha única defesa era me retrair, me reprimir (Winnicott 1954a) (como em minha primeira sessão com D.W.), ou me identificar com minha mãe e partilhar da ilusão primária de estar integrada a ela: ilusão que se tornou visível em minha transferência com D.W.

Para mim, D.W., não representava a minha mãe. Em minha ilusão de transferência, ele realmente era a minha mãe (Winnicott 1954b). Como na verdade há continuidade entre pp. 28

mãe e feto, genética e física (via membranas e placenta), para mim as mãos dele eram o cordão umbilical, seu divã a placenta e o cobertor as membranas, tudo muito abaixo de qualquer nível *consciente* até um estágio muito posterior. A ilusão nunca foi mencionada — eu mesma a reconheci muito tempo depois — mas com o seu comportamento D.W. a aceitou tacitamente, satisfazendo-me nesse nível, mas, ao mesmo tempo, mantendo sua própria maturidade e realidade.

Através desse “apoio” (“*holding*”) seguro (Winnicott 1952b) e da aceitação de um relacionamento direto, comecei a confiar em D.W. e a encontrar continuidade e algo de uma “situação de alimentação mútua” (Winnicott 1970b). Essa situação havia sido ativamente evitada em minha infância, porque eu era alimentada com mamadeira enquanto enrolada firmemente em um xale, o que tornava impossível qualquer movimento dos membros. O furo do bico da mamadeira era tão pequeno que o leite só podia ser obtido com muito esforço, e um novo bico era adaptado logo que o furo ficava maior. (Vi essa mesma coisa dez anos depois, quando os meus irmãos eram bebês. Mais tarde, fiquei pasma ao ouvir um pediatra em *Great Ormond Street Hospital* aconselhar um fluxo livre de leite através de um bico com um furo grande, e vê-lo demonstrar isso.)

Essas interferências com a alimentação levaram ao fracasso da comunicação entre minha mãe e mim; os movimentos oscilatório e rítmico (Winnicott 1956a) foram evitados no estágio inicial, mas incentivados quando comecei a dar os primeiros passos. *Havia* uma comunicação importante quando a minha mãe cantava para mim, especialmente em meu banho; ela tinha uma bela voz de soprano e gostava de cantar histórias infantis em verso, bobagens, ópera etc. Isso, com seu senso de humor e amor pela jardinagem, são elos positivos e duradouros. Esses elos, bem como a estabilidade do meu pai, provavelmente evitaram que eu me tornasse totalmente louca. Mas outros desenvolvimentos do nosso relacionamento fracassaram.

Suas interferências eram alternadas com descaso, e a atenção excessiva com a “omissão”, porque ela estava sempre se distraindo. O que era importante em um minuto perdia totalmente a importância no minuto seguinte, e o que era importante para mim tinha de ser posto de lado. Isso permaneceu como um elo negativo, porque ainda sinto qualquer perturbação quando estou preocupada como se a minha mãe estivesse, mais uma vez, tomando posse de mim. Recupero-me, mas leva tempo!

A comunicação com D.W. tornou-se possível através dos longos silêncios. Mais tarde, essa corrente bidirecional inconsciente me levou a escrever meus ensaios e possibilitou algum desenvolvimento no trabalho dele. Mas mesmo nas horas de análise havia perturbações. Nos momentos de silêncio, D.W. tornava-se sonolento e “despertava sobressaltado”. Eu reagia demonstrando raiva, como com tanta frequência havia me enfurecido intimamente contra a minha mãe. De modo mais sério, houve ameaça de caos com as suas duas trombozes coronarianas, sua depressão, seu divórcio e novo casamento e sua mudança de casa.

Anteriormente, durante toda a sucessão de terapias, o caos sempre esteve perto. Meu primeiro terapeuta (Dr. X) frequentemente atendia o telefone durante as minhas sessões; a condição cardíaca da Srta. Sharpe representava uma constante ameaça, e o caos realmente sobreveio quando ela morreu. Marion Milner, a quem procurei naquela época, ajudou a fazer voltar um pouco da estabilidade, e reconstruí defesas. Mas a nova mudança, dela para D.W., representou outra ameaça. Minha defesa, a fuga, foi logo destruída.

O caos surgiu novamente depois da minha “explosão” com minha mãe, em 1952, por causa de uma coisa totalmente trivial. Ela revidou com uma exigência que, mais uma vez, deixou claro que eu e tudo o que eu tinha — meu corpo, minhas roupas, dinheiro etc. — pertenciam a ela, para fazer o que quisesse, não para ajuda, o que eu teria dado de bom grado.



Minha reação foi a raiva, descarregada sobre o meu próprio corpo, como se fosse o dela. Sofri um acidente que resultou em um longo período de imobilidade, seguido por um permanente estado de confusão – virtualmente uma doença regressiva – que culminou em uma hospitalização durante as férias de verão de D.W., em 1953. Minha única alternativa para isso teria sido parar com a análise, mas naquela época estava muito consciente da minha necessidade de ajuda para poder fazer isso. Depois de um violento protesto, acabei concordando com a hospitalização.

Mais uma vez, minha tentativa de permanecer não-integrada durante um período foi malograda no hospital; uma série de interrupções (todas bem-intencionadas) repetiram para mim os traumas originais pré-natais. Fui dominada por emoções caóticas, que manifestei em uma orgia de destruição. Mas aquele era um lugar onde podia reagir violentamente sem de fato destruir ou ser destruída por ele. Na ala trancada para onde fui levada, *pude* estar não-integrada, e depois descobrir continuidade em mim mesma e no mundo externo. Finalmente, decidi viver. Não dependia mais ilusoriamente da continuidade física ou da identidade com D.W.; afinal, pude me separar de minha mãe, e concluir que minha saúde era boa e que eu havia me identificado com o perfil doentio dela (Little 1957b).

Muitas vezes, desejei saber (e não fui a única) se a minha hospitalização poderia ter sido evitada de algum modo, e agora sei que não. Mas isso só pode ser compreendido quando são consideradas todas as circunstâncias e o tipo de cuidados que recebi no hospital e do próprio D.W.

Já estava com 52 anos, e minha vida como psicanalista ainda não fora bem estabelecida. No estado mental em que me encontrava, regredia profundamente em todas as sessões e só me restabelecia lentamente. Anotações daquele tempo, que conservo em meu poder, revelam a intensidade da minha ansiedade e a reação exagerada a qualquer perturbação. Precisava ser isolada durante os feriados, e, em particular, protegida

de qualquer possível interrupção por parte da minha mãe, a qual ainda era uma fonte real de possível risco para sua própria vida e para a minha. (Lamentavelmente, ela morreu seis meses depois; subitamente desceu correndo para o andar de baixo, minha irmã não conseguiu alcançá-la e ela caiu, fraturando o fêmur. O osso foi fixado com um pino, mas seguiu-se a isso uma paralisação renal.)

D.W. estava quase com 60 anos; sofrera duas trombozes coronarianas e corria o risco de outras doenças. Suas férias eram merecidas. A análise com que estava profundamente “envolvido” (Fordham 1960) representava, em todos os sentidos, um grande esforço para ele – tempo, energia, ansiedade, emoção; ela já durava quatro anos, e ao que tudo indicava podia continuar indefinidamente.

A análise era um ponto crítico, literalmente uma questão de vida ou morte, tanto para mim como para D.W. Naquela época, se ele não sobrevivesse eu também não sobreviveria, pelo menos fisicamente. Nesse sentido éramos tão inseparáveis quanto um bebê e a sua mãe (Winnicott 1952b).

D.W. escolheu cuidadosamente o hospital; antes, aconselhou-se com o médico supervisor, que conhecia, e ficou muito desapontado ao encontrá-lo de férias, quando chegou a hora. O próprio D.W. me levou para o hospital e deixou muitas recomendações por escrito para o supervisor substituto. Durante as cinco semanas em que fiquei lá, ele telefonou para o hospital e me escreveu quase diariamente. Foram tomadas providências para que as cartas de minha mãe não chegassem às minhas mãos. Finalmente, ele me levou para casa.

Escrevi longamente sobre o hospital na Parte I. Era um lugar em que as pressões internas podiam ser liberadas com segurança, e mais livremente que no consultório, durante as horas de análise. O ambiente e as pessoas diferentes deram-me uma oportunidade de formar relacionamentos “transicionais” (Winnicott 1951), enquanto o contato constante com D.W. forneceu a necessária continuidade do relacionamento de transferência com ele.

## CAPÍTULO 10

# Roubado da Bolsa da Mãe

Pude viver uma fase inicial e uma infância próprias, o que era diferente de viver ou reviver as da minha mãe para ela. Atingindo os níveis mais primitivos do que às vezes é chamado de “posição esquizóide-paranóide” em um ambiente controlado, seguro, não-retaliativo e razoavelmente estável, cheguei a um novo ponto de partida, do qual pude seguir para o “estágio de preocupação” e, mais tarde, para a situação edipiana — eventualmente para minha maturidade cronológica. Minhas áreas psicóticas e não-psicóticas foram firmemente unidas.

Os estágios posteriores da análise, que ainda durou mais quatro anos, foram certamente muito menores do que teriam sido em outras circunstâncias. As ansiedades relacionadas com sobrevivência e identidade deixaram de ser importantes; o caráter das sessões tornou-se diferente; elas passaram a tratar verbalmente da ansiedade depressiva e, posteriormente, da edipiana.

Tendo tido essa experiência, agora eu podia conhecer interiormente algo da doença mental. O efeito fortalecedor disso foi enorme. Consegui encontrar meu próprio meio de satisfazer algumas das necessidades dos meus pacientes. Pude enfrentar fracassos sem ser destruída por eles, e sucessos sem me tornar onipotente. Isso foi o mais importante para mim.

Para Winnicott, o importante foi que seu conhecimento de si mesmo aumentou com a auto-análise contínua; e o conhecimento que ele já tinha da psicose foi ampliado e confirmado. Ele descobriu material para testar idéias existentes e basear novas (aprendendo comigo [Winnicott 1971b, Dedicatória]), que mais tarde usou amplamente ao escrever e falar, tanto na Inglaterra como em outros lugares, para muitos públicos diferentes, para quem isso também foi muito útil.

Para recapitular: comecei com a afirmação de que a regressão para a dependência é “um meio pelo qual se podem explorar as áreas onde predominam as ansiedade psicóticas, revelar experiências antigas, e reconhecer e resolver idéias ilusórias ocultas, através da associação transferência/contratransferência... tanto em fases positivas como negativas”.

Para demonstrar isso, fiz um relato da minha própria análise com Winnicott. Revelei as origens da minha psicose em experiências do “estado de caos organizado” da minha mãe (Winnicott 1961) antes e depois do meu nascimento. Minha ilusão era a de total união, identidade e continuidade com minha mãe, que então transferi para Winnicott, com toda a ambivalência relacionada com isso; para mim ele *era*, positivamente o útero da minha mãe. Em um determinado momento, tive de descobrir que na realidade ele não era; que

não éramos idênticos, ou contínuos; e que ele tampouco era uma parte de mim mesma que eu havia projetado. Eu não podia fazê-lo ser nada disso, exceto nas minhas fantasias; ele passou a ficar fora da “área da minha onipotência” e a ser percebido objetivamente (Winnicott 1968).

No entanto, pude descobrir a parcela mínima de verdade que existe por trás de todas as ilusões. Com minha mãe havia uma real continuidade, genética e (na vida pré-natal) fisicamente, através da placenta e das membranas, e um verdadeiro intercâmbio bidirecional, através do fluido amniótico e do cordão umbilical. Depois do nascimento, houve um contato físico perceptível e algum relacionamento, apesar de limitado.

Também com Winnicott, psicologicamente, havia continuidade genética — tínhamos em Freud um progenitor psicanalítico comum; havíamos absorvido as mesmas idéias, e podia haver um verdadeiro intercâmbio bidirecional nesse nível.

Ele tinha muita consciência da sua contratransferência e conseguiu usá-la positivamente, em um “apoio” (“*holding*”) suficientemente seguro, em cuidados e em um relacionamento direto comigo. Sua raiva objetiva (Winnicott 1947) pôde ser descarregada solicitando pagamento, tirando férias etc., mas principalmente me internando no hospital. Ele foi satisfatório psicologicamente em todos os níveis, inclusive o da própria ilusão. Isso foi representado na forma física pelo próprio fato de ele segurar minhas mãos “como cordão umbilical”, como descrevi (na verdade, o meu ensaio “R’ — the analyst’s total response to his patient’s needs” baseia-se no que aprendi nesse sentido [Little 1957a]).

Mas finalmente, muito tempo depois, descobri algo da sua contratransferência intuitiva que pode ainda não ter sido totalmente consciente.

Em 1969, ele leu um ensaio revelador (posteriormente publicado), intitulado “D.W.W. on D.W.W.”, em uma conferência a que assisti (Winnicott 1970a). Discutia as várias influências sobre o seu trabalho, de seus dias de estudante até

aquela época: referia-se ao pai, a Darwin, Freud, Klein e muitos outros. Terminou mencionando o “uso de Margaret Little do conceito de transferência ilusória”, dizendo que isso era algo de que ele precisara e “obtivera de outra pessoa, *quase como se o tivesse roubado da bolsa da minha mãe*”.

Nesse momento, sem dúvida, ele demonstrou que se comunicava comigo, aprendia comigo e reconhecia a nossa afinidade. Admitiu plena e generosamente uma contribuição para o seu trabalho que me orgulho de ter podido fazer em meus ensaios, especialmente “On delusional transference” (Little 1957b), e “On basic unity” (Little 1959). Isso independentemente da minha análise, apesar de os ensaios terem se originado dela, como ele sabia muito bem.

Mas o que é “a bolsa da mãe”, além de um símbolo ou metáfora do útero (Oscar Wilde, *The Importance of Being Earnest*)? E poderia haver um exemplo mais bonito da minha afirmação inicial sobre a importância da transferência e da contratransferência, no tratamento psicanalítico de um paciente psicótico ou *borderline* através da regressão para a dependência? Sou de fato grata por isso!

EPÍLOGO

Um Comentário  
sobre Donald  
Winnicott

**E**m setembro de 1971, perguntaram-me: “Um resumo sobre o posicionamento do trabalho do Dr. Winnicott e sua relação com o campo total é muito necessário. Você poderia escrever sobre esse assunto?”

Disse que tentaria, mas que isso não podia ser feito rapidamente. Quando terminei de escrever o que pude, já era tarde demais e o resumo não pôde ser publicado naquela época. Mas, sem dúvida, ainda é relevante.

É claro que esses termos de referência imporiam a qualquer escritor uma tarefa impossível. Não os levo muito a sério, mas considerarei o que é necessário — não um obituário, um elogio ou uma biografia, mas uma espécie de avaliação — um reconhecimento objetivo e um relatório.

Simplesmente não é possível para *ninguém* fazer algo que considera D.W.W. apenas como um “objeto objetivo”. Uma certa visão dele como um “objeto subjetivo” (suas próprias ex-

pressões) surge inevitavelmente em todos que se relacionaram de alguma forma com ele, especialmente os que (como eu) foram seus analisandos, e nossa avaliação deve depender do grau em que nos tornamos capazes de ter uma visão objetiva dele e de nós mesmos.

Portanto, considerá-lo um objeto objetivo não exclui um elemento pessoal. Se excluísse, acabaríamos com algo fossilizado ou mumificado, sem vida, a que *nenhum* sentimento poderia estar ligado. Isso destruiria automaticamente a própria avaliação que estamos tentando fazer.

Certa vez, Winnicott referiu-se a si mesmo como “um fenômeno isolado” (uma referência histórica em seu ensaio sobre sua relação com Melanie Klein e a obra dela). Ele desenvolveu o conceito de indivíduo que está implícito nisso, falando (em seu ensaio “On Communicating” etc.) sobre “o uso e a apreciação individual dos modos de comunicação, e o *self* não-comunicativo do indivíduo, ou a essência pessoal do *self* que é realmente isolado”.

Logo, temos de pensar em Winnicott como, ao mesmo tempo, comunicativo e não-comunicativo, e no efeito recíproco entre esses dois aspectos do próprio Winnicott e dos seus leitores, colegas, analisandos etc. É precisamos reconhecer que alguém como ele não poderia deixar de lançar fagulhas de um tipo ou de outro.

Portanto, ele pode ser facilmente idealizado, ou visto como uma pessoa que tornava confuso tudo em que se metia — a psiquiatria, a psicanálise, a pediatria, e assim por diante.

Qualquer uma dessas atitudes é muito injusta para com ele; na verdade, mesmo aqueles que particularmente aprovam ou concordam também têm sérios pontos de discórdia com ele, enquanto os que particularmente discordam ou desaprovam muitas vezes se vêem, embora com relutância, aceitando o que até então lhes parecera chocante. Talvez a principal consequência disso seja a própria extensão do seu impacto sobre o “campo total”, onde idéias por ele apresentadas têm sido discretamente apropriadas e aceitas sem serem atribuídas

a ele; freqüentemente, são atribuídas a outra pessoa. Coisas que Winnicott conseguiu sem esforço ou ostentação muitas vezes se revelam oportunas, subitamente “encaixando” em algum lugar, e referências às suas declarações surgem em todos os tipos de lugares inesperados (como uma referência em um artigo sobre arquitetura, em um dos nossos jornais nacionais de domingo). Ele tinha facilidade para se fazer compreender por todos os tipos de pessoas, dizer coisas que não podiam ser expressas em palavras, e entrar em contato com os elementos criativos nas pessoas; isto é, com a parte realmente boa de uma personalidade, abaixo da superfície.

Mas algumas coisas que ele disse não “encaixaram” (com freqüência porque ainda não estavam plenamente desenvolvidas, ou porque fossem realmente confusas, ou porque ele presumiu que as pessoas entendiam, quando elas não entendiam). Isso, logicamente, é considerado complicado e frustrante.

Sou grata a um colega pelo relato de um exemplo particular disso, ocorrido em 1968, em Nova York, quando Winnicott leu o seu ensaio “On the use of an object and relating through identification”. Nele D.W. fala da “destruição do objeto,” pretendendo que fosse considerada *imaginativa*, não real.

A incapacidade de compreender isso levou a uma violenta explosão de hostilidade entre o seu público, e à rejeição das suas idéias e da sua obra em geral. Foi particularmente lamentável o fato de que nessa época o Dr. Winnicott estava muito doente e não pôde explicar-se, mas posteriormente o ensaio foi incluído em *O Brincar e a Realidade* (1971b).

O efeito foi extremamente nocivo, e persiste em certas áreas até hoje. A hostilidade ainda continuará durante muito tempo, até que um número maior de pessoas compreenda a sua intenção, e se dê conta de que ele não afirmou ter dado a última palavra sobre esse assunto, ou sobre qualquer outro!

Tentar assinalar o seu trabalho, as suas descobertas ou as suas idiossincrasias, ou fazer comparações com outros colegas

— Freud, Klein, Sechehaye, Hartmann etc. — seria inútil neste ponto, mas quero levar em conta alguns temas que considero importantes, além de alguns dos mais óbvios, como a “preocupação maternal primária”, os “objetos transicionais”, a “técnica do rabisco” etc.

Em primeiro lugar está a sua capacidade de suportar o paradoxo e a ambivalência, sabendo que são inerentes à própria vida, sem procurar meios de evitá-los ou defender-se deles. Essa capacidade aumentou e desenvolveu no Dr. Winnicott um processo contínuo durante toda a sua vida profissional e pessoal, não que fosse contínuo de modo estável, mas sim variando em esfera de ação e velocidade (“Os seres humanos são instáveis”), e as pessoas têm especulado sobre como alguém podia *viver* com tão poucas defesas.

Disso surgiram coisas como o seu reconhecimento da importância de ser capaz de recusar; a necessidade (da criança ou do adulto) de “não” como de “sim” e de frustração no momento certo para promover o crescimento, enquanto no momento errado o inibe; a importância da “confrontação” ocasional; o valor da destrutividade e da capacidade de um dos pais ou do terapeuta de sobreviver a ela; e muitas outras verdades sobre homens, mulheres, crianças e adolescentes *como pessoas reais*.

Não muito antes da sua morte, ele começou a desenvolver plenamente novas idéias sobre a origem da atividade criativa no estágio de desenvolvimento primário, bidirecional, indiferenciado, pré-ambivalente, pré-relacionado-com-o-objeto no qual, paradoxalmente, a destruição cria tanto o *self* como o *objeto*. Esse é o estágio de “vida” e nada mais, que depende de a sobrevivência estar garantida pelo ambiente, para que a ansiedade de aniquilação possa ser ignorada sem risco e o *self* surja como “realmente isolado”.

Houve muitos postulados anteriores, como por exemplo: “Eu sou psique-soma,” de Tomás de Aquino, e “*cogito ergo sum*”, de Descartes. Mas esses são suplantados pela importância de “Eu sou” (há muito tempo conhecido como o nome

santo do Criador Onipotente) e finalmente a declaração ainda mais simples “eu”, que postula e inclui, mas não afirma, “eu não”.

Nem mesmo isso é novo; é “Deus”, o “Espírito pairando sobre a superfície das águas” — “Um é uno e totalmente exclusivo e sempre será assim.” O que é novo é o reconhecimento e o uso que Winnicott faz disso, não só novo como individual e pessoal para ele, como é revelado em sua interpretação de “Ser ... ou ...” (pausa) “não ser? *Eis* a questão”, de Hamlet.

Em algum ponto aqui ele morreu, de certa forma, apesar de que ainda estava explorando, escrevendo, proferindo conferências, atendendo a pacientes etc. Mas para ele a morte era uma parte essencial da sua vida, que teria sido sem sentido e incompleta sem ela, algo com que ele tinha de entrar em contato no momento certo.

Ele nos desapontou, é claro, não sabendo tudo, ou não comunicando tudo que sabia; mas como teria sido formidável se ele tivesse feito isso!

Muitas pessoas diferentes têm descrito Winnicott como “um gênio”, e, em minha opinião, o que elas querem dizer com isso é tão diferente quanto as próprias pessoas. Ralph Vaughan Williams definiu um gênio como “a pessoa certa no lugar certo no momento certo”, e acho que isso corresponde exatamente a Winnicott. Mas neste ponto cabe a outros, especialmente os muitos que virão depois, descobri-lo e ao seu trabalho, *por si mesmos* (veja a sua afirmação no sentido de que outros antes dele haviam descoberto as mesmas coisas, inclusive Freud, mas o importante era que *ele* as descobrira sozinho).

Sou grata à Dra. Virginia Sutfenfield, cujo único contato direto com Winnicott havia sido em uma conferência em Paris. Ela falou sobre o seu modo informal de conduzi-la — com simplicidade, conversando um pouco, recostando-se e fazendo movimentos de “gangorra” com a sua cadeira, todo mundo conversando e ele finalmente resumindo todas as contribuições, comentando e expressando agradecimentos pessoais.



Mais tarde, em uma aula, um dos alunos da Dra. Virginia Sutfenfield disse-lhe de modo desajeitado o quanto ela o havia ajudado. Para a Dra. Sutfenfield isso foi a consequência direta da sua compreensão da natureza ativa e constante de Winnicott. "Ele era uma pessoa *agitada*", disse ela.

## PÓS-ESCRITO

Sim, ele *foi* um gênio — não da mesma ordem de magnitude de Newton, Einstein, Shakespeare, Beethoven etc., mas fez a mesma coisa que cada um deles fez — *trouxe à luz* a importância do ambiente primitivo em particular, do tratamento da psicose, das origens da criatividade, do valor da destrutividade etc. e preparou o caminho para que outros desenvolvessem mais esses temas.

A Natureza e as leis da Natureza estão ocultas na noite.  
Deus disse "Que seja Newton"! e tudo foi luz.

Alexander Pope,  
Epitáfio escrito para Sir Issac Newton

Mas a luz não tem sentido sem a escuridão, como a criatividade não tem sentido sem a destruição. E não podemos ignorar as coisas ocultas na vida e na obra de D.W.W. — em sua tristeza por não poder cuidar paternalmente (ou maternalmente) de filhos. Seus erros, fracassos, até mesmo tragédias. Erros de julgamento; onipotência, talvez; e no final de sua vida decepcionando pacientes de quem ele gosta muito, simplesmente morrendo. (Para um deles, D.W.W. foi o seu terceiro analista a morrer.) D.W.W. escrevera (1954) sobre a *necessidade* de o analista sobreviver para que pacientes psicóticos ou *borderline* se recuperassem. Nós tendemos a fechar os olhos à natureza dos pacientes com quem ele estava trabalhando, e ao fato de que não sabemos nada sobre o conteúdo das suas análises.

Em 1950, escrevi, "Cada um de nós tem o seu cemitério particular, e nem todas as sepulturas têm lápide". Isso ainda é verdadeiro. O registro de D.W.W. ainda não pode ser totalmente revelado. Nós só temos as nossas lembranças, e uma avaliação mais detalhada só pode vir depois. Até mesmo Newton, Einstein etc. ainda estão sendo reavaliados à luz de um conhecimento tardio. Afinal de contas, ele manterá a sua posição, e a *agitação* que causou persistirá e aumentará durante muito, muito tempo.

Como ele, outros serão bem-sucedidos e fracassarão e a psicanálise, que ele valorizava acima de tudo, mudará e se desenvolverá de modos que não podemos prever.

Este livro diz respeito, sob muitos aspectos, ao "verdadeiro *self* em ação" de Winnicott, e é oportuno aqui citar *The Spontaneous Gesture - Selected Letters of D. W. Winnicott. The Spontaneous Gesture*, editado por F. Robert Rodman (Rodman 1987), reflete a espontaneidade, a generosidade e a franqueza de Winnicott, o seu "verdadeiro *self* em ação". O conteúdo é sobretudo uma seleção de cartas escritas por D. W. Winnicott para muitas pessoas diferentes. Uma carta importante (Nº 43, pp. 71-74) mostra o esforço de Winnicott para persuadir Melanie Klein e Anna Freud a diminuírem suas rivalidades e a trabalharem para o progresso da psicanálise e o bem-estar da Sociedade de que ambas faziam parte. As repercussões dessa luta tornaram-se bem conhecidas em todo o mundo e persistiram de certo modo até hoje.

A própria incompatibilidade de Winnicott com Melanie Klein dizia respeito em primeiro lugar ao *estilo* da sua apresentação, em vez de ao seu *conteúdo*; especificamente, ele chamou atenção para uma certa rigidez e estilização da linguagem ("o discurso de Klein" — minhas palavras, não dele) usada por ela e seus colegas (Nº 25, pp. 33-37), a qual gerava mal-estar nos encontros, aumentando a separação entre os vários elementos na Sociedade.

Posteriormente, surgiram diferenças mais teóricas. Em particular, houve a questão da importância do ambiente na

primeira infância (mas também na vida de um analisando) e a ênfase dela nos fatores hereditários “inatos”, determinando a presença no nascimento de “inveja”, que para Winnicott era algo sofisticado demais para estar presente em um neonato (Nº 73, p. 120; Nº 102, pp. 157-161).

Muito poucas das cartas são parte de uma correspondência contínua; neste sentido, o maior número é motivado de modo claramente espontâneo. Winnicott escreveu para muitos colegas sobre ensaios apresentados por eles ou outros — concordando, discordando, comentando, levantando novas questões. Escreveu para Melanie Klein e Joan Riviere protestando contra a sua atitude de menosprezar as suas contribuições e sugerir que uma doença mental nele o impedia de reconhecer a superioridade de Klein com respeito a tudo. Ele pediu uma “reação” a “demonstrações” que fizera (Nº 25, pp. 33-37; Nº 59, pp. 94-97).

Winnicott escreveu para mães que pediam conselhos a respeito de seus filhos, mostrando-se compreensivo. Sugeriu que elas poderiam encontrar soluções para as dificuldades dentro de si mesmas e de suas famílias, e que não se podia ter conhecimento do “certo” ou do “errado” absoluto. Outros perguntaram sobre o valor terapêutico da psicanálise, ele respondeu que isso varia de pessoa para pessoa — a muitos ela ajuda, outros não podem tirar proveito dela; a psicanálise não cura todo mundo.

A espontaneidade também está muito relacionada com a coragem, a autoconfiança e a honestidade consigo mesmo, a independência de pensamento e ação e a originalidade. E foi essa própria independência e originalidade, reveladas particularmente em seu ensaio “Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up”, apresentado em 1954, que o fizeram entrar em seu maior conflito com Klein e membros de seu grupo. Sem fazer caso das observações de Winnicott sobre crianças, Klein insistiu em que um grau muito maior de desenvolvimento do ego está presente no nascimento — e um grau de desenvolvimento do

instinto — do que ele podia admitir. De acordo com esse ponto de vista, ela insistiu em que somente a interpretação verbal de transferência tem alguma importância terapêutica. Posteriormente, partindo daí, ela desenvolveu a sua teoria da “inveja inata” e sua ligação essencial com um instinto de morte e hereditariedade, o que Winnicott novamente não pôde aceitar. (Rodman não menciona que, em 1962, Winnicott fez um discurso intitulado “A personal view of the Kleinian contribution” para candidatos da *Los Angeles Psycho-Analytical Society*, onde deixou claro que considerava a contribuição kleiniana muito importante.)

Em um discurso intitulado, “Sum, I Am”, pronunciado na *Association of Teachers of Mathematics*, Winnicott afirmou:

Em meu próprio trabalho *eu sei alguma coisa*, sou especialista e tenho acumulado experiências. Em outras áreas da matemática e do ensino sou um *principiante...* Meu trabalho é definitivamente ser eu mesmo. Que parte de mim mesmo posso dar a vocês, e como posso fazer isso sem dar a impressão de que me falta totalidade? (Winnicott 1968a)

Lamentavelmente, Rodman interpretou mal o ensaio de Winnicott sobre a regressão para a dependência e o tratamento da psicose (1954), onde Winnicott salienta a importância do “controle como o método” e “da transferência/contratransferência como o instrumento essencial de mudança”, mas isso não anula a contribuição de Rodman. Ele nos mostrou um aspecto diferente do verdadeiro *self* em ação de Winnicott e consegue, de fato, dar “um pouco”, sem perder de vista, a “totalidade” essencial de Winnicott.

Para terminar, gostaria de apresentar aos meus leitores dois poemas que para mim mostram quase literalmente as próprias imagens de Winnicott de uma “mãe dedicada comum” e do desenvolvimento emocional inicial de uma criança: sua descoberta progressiva do próprio corpo, de si mesma e de seu mundo, como foi descrito por Winnicott, como ele

mostrou para mim e tornou possível eu descobrir por mim mesma.

Eu não sei se o próprio Winnicott os conheceu em qualquer sentido literal da palavra, mas eles nunca poderiam ter estado distantes do seu conhecimento inconsciente.

*Lullaby\**

*Upon my lap my sovereign sits  
And sucks upon my breast;  
Meantime his love maintains my life  
And gives my sense her rest.*

*Sing lullaby, my little boy,  
Sing lullaby, mine only joy!*

*When thou has taken thy repast,  
Repose, my babe, on me;  
So may thy mother and thy nurse  
Thy cradle also be.*

*Sing lullaby, my little boy,  
Sing lullaby, mine only joy!*

*I grieve that duty doth not work  
All that my wishing would;  
Because I would not be to thee  
But in the best I should.*

*Sing lullaby, my little boy,  
Sing lullaby, mine only joy!*

*Yet as I am, and as I may,  
I must and will be thine,  
Though all too little for thyself*

\* "Lullaby", de Richard Rowlands (1565-1630?). De *The Oxford Book of English Verse*. A tradução instrumental que se segue foi feita por Maria Clara de Biase Fernandes.

*Vouchsafing to be mine.  
Sing lullaby, my little boy,  
Sing lullaby, mine only joy!*

*The Salutation\**

*These little Limbs,  
These Eyes and Hands which here I find,  
This panting Heart wherewith my life begins;  
Where have ye been? Behind  
What Curtain were ye from me hid so long?  
Where was, in what Abyss, my new-made Tongue?*

*When silent I  
So many thousand thousand Years  
Beneath the Dust did in a Chaos lie.  
How could I Smiles, or Tears  
Or Lips, or Hands, or Eyes, or Ears perceive?  
Welcome ye Treasures which I now receive.*

*I that so long  
Was Nothing from Eternity.  
Did little think such Joys as Ear and Tongue  
To celebrate or see:  
Such sounds to hear, such Hands to feel, such Feet,  
Such Eyes and Objects, on the Ground to meet.*

*From Dust I rise  
And out of Nothing now awake;  
These brighter Regions which salute mine Eyes  
A Gift from God I take:*

\* "The Salutation", de Thomas Traherne (1637?-1674). De *The Penguin Book of English Verse*. Em música, "Dies Natalis", de Gerald Finzi (1901-1956). A tradução instrumental que se segue foi feita por Maria Clara De Biase Fernandes.

*The Earth, the Seas, the Light, the lofty Skies,  
The Sun and Stars are mine; if these I prize.*

*A Stranger here*

*Strange things doth meet, strange Glory see,  
Strange Treasures lodg'd in this fair World appear,  
Strange all and New to me:  
But that they mine should be who Nothing was,  
That Strangest is of all; yet brought to pass.*

*Canção de Ninar*

O meu rei senta-se em meu colo  
Sugando o meu seio;  
Enquanto o seu amor me mantém viva  
E tranqüiliza o meu espírito.  
Cantemos a canção de ninar, meu garotinho,  
Cantemos a canção de ninar, minha única alegria!

Quando terminares a tua refeição,  
Descansa, meu filho, em mim;  
Para que a tua mãe e guardiã  
Seja também o teu lugar de repouso.  
Cantemos a canção de ninar, meu garotinho,  
Cantemos a canção de ninar, minha única alegria!

Eu lamento que esse dever não realize  
Tudo o que eu desejava;  
Porque eu não seria para ti  
Mas do melhor modo deveria ser.  
Cantemos a canção de ninar, meu garotinho,  
Cantemos a canção de ninar, minha única alegria!

No entanto, como sou e como posso,  
Eu devo ser e serei tua,

Embora isso seja muito pouco  
Para te dignares a ser meu.

Cantemos a canção de ninar, meu garotinho,  
Cantemos a canção de ninar, minha única alegria!

*A Saudação*

Estes pequeninos Membros  
Estes Olhos e Mãos que aqui encontro,  
Este Coração palpitante com o qual começa a minha Vida;  
Onde tendes estado? Por trás  
De que Cortina vos escondestes de mim durante tanto tempo?  
Onde estavas, em que Abismo, minha Língua recém-formada?

Quando em silêncio  
Tantos milhares de Anos  
Permaneci sob o Pó em um Caos,  
Como eu podia ver Sorrisos, ou Lágrimas,  
Ou Lábios, ou Mãos, ou Olhos?  
Que sejam bem-vindos os teus Tesouros, que agora recebo.

Eu que por tanto tempo  
Não fui Nada da Eternidade,  
Não pensava em tais Alegrias como Ouvido e Língua  
Para celebrar ou perceber:  
Esses sons a ouvir, essas Mãos a sentir, esses Pés,  
Esses Olhos e Objetos que encontro no Chão.

Do pó eu me levanto  
E do Nada agora desperto;  
Essas Regiões mais claras que saúdam meus Olhos.  
Um Dom de Deus eu recebo:  
A Terra, os Mares, a Luz, os Céus Sublimes,  
O Sol e as Estrelas me pertencem; se eu merecê-los.

Um Estranho aqui  
Coisas estranhas encontrará, Glória estranha verá,  
Surgem Tesouros estranhos guardados neste Mundo lindo,  
Tudo é Estranho e Novo para mim;  
Mas o mais Estranho de tudo é que eles seriam meus,  
Que não era Nada; ainda estava por chegar.

## Referências

- Fordham, M. (1960). "Countertransference symposium". *British Journal of Medical Psychology* 33:1-8.
- Freud, S. (1913). "On beginning treatment (further recommendations on the technique of psycho-analysis)". *Standard Edition* 12:121-145.
- (1917). *Introductory Lectures on Psycho-Analysis*. *Standard Edition* 16. [Ed. brasileira: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio, Imago.]
- Klein, M. (1935). "A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states". Em *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-45*, págs. 262-289. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- Little, M. (1945). "The wanderer: notes on a paranoid patient". Em *Transference Neurosis and Transference Psychosis: Toward a Basic Unity*, págs. 3-31. (New York: Jason Aronson, 1981).
- (1950). "Countertransference and the patient's response to it". Em *Transference Neurosis and Transference Psychosis: Toward a Basic Unity*, págs. 33-5. (New York: Jason Aronson, 1981).
- (1957a) "'R' — the analyst's total response to his patient's needs". Em *Transference Neurosis and Transference Psychosis: Toward a Basic Unity*, págs. 51-80. (New York: Jason Aronson, 1981).
- (1957b). "On delusional transference (transference psychosis)". Em *Transference Neurosis and Transference Psychosis: Toward a Basic Unity*, págs. 81-89. (New York: Jason Aronson, 1981).
- (1959). "On basic unity". Em *Transference Neurosis and Transference Psychosis: Toward a Basic Unity*, págs. 109-125. (New York: Jason Aronson, 1981).
- (1964a). "Transference in borderline states". Em *Transference Neurosis and Transference Psychosis: Toward a Basic Unity*, págs. 136-153. (New York: Jason Aronson, 1981).

- (1964b). "Transference/countertransference in post-therapeutic self-analysis". Em *Transference Neurosis and Transference Psychosis: Toward a Basic Unity*, págs. 247-263. (New York: Jason Aronson, 1981).
- Little, M., e Flarsheim, A. (1964). "Toward mental health: early mothering care". Em *Transference Neurosis and Transference Psychosis: Toward a Basic Unity*, págs. 167-181. (New York: Jason Aronson, 1981).
- Maxwell, G. (1968) *Raven Seek Thy Brother*. (Longmans Green/Harmondsworth: Penguin, 1974).
- Power, R. (1969). *The Hungry Grass*. Bodley Head, citando uma fonte desconhecida.
- Rodman, F. R. (1987), ed. *The Spontaneous Gestures – Selected Letters of D. W. Winnicott*. (Cambridge, MA: Harvard University Press).
- Sacks, O. (1985). *A Leg to Stand On*. (Duckworth). [Ed. brasileira: *Uma Perna para se Apoiar*. Rio, Imago, 19 ].
- Searles, H. F. (1959). "The effort to drive the other person crazy – an element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia". Em *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, págs. 254-283. (London: Hogarth, 1965).
- Sechchaye, M. (1951). *Symbolic Realization* (New York: International Universities Press).
- Sharpe, E. F. (1930). "The Technique of psychoanalysis". Em *Collected Papers*, págs. 9-106. (London: Hogarth, 1950).
- (1943). "Cautionary tales". Em *Collected Papers*, págs. 170-180. (London: Hogarth, 1950).
- Thompson, F. (1924). "Ode to the Setting Sun". Em *Collected Poetry*. (Borns, Oates and Washbourne).
- van der Post, L. (1982). *Yet Being Someone Other*. (London: Hogarth).
- Winnicott, D. W. (1945). "Primitive emotional development". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 145-156. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1947). "Hate in the countertransference". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 194-203. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1948a) "Paediatrics and psychiatry". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 157-173. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1948b). "Reparation in respect of mother's organized defence against depression". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 91-96. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1949a). "Mind and its relation to the psyche-soma". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 243-254. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1949b). "Birth memories, birth trauma, and anxiety". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 174-193. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).

- (1950). "Agression in relation to emotional development". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 204-218. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1951). "Transitional objects and transitional phenomena". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 229-242. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1952a). "Psychosis and child care". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 219-228. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1952b) "Anxiety associated with insecurity". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 97-100. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1954a). "Withdrawal and regression". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 255-261. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1954b) "Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytic set-up". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 278-294. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1956a). "Primary maternal preoccupation". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 300-305. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1956b) "Clinical varieties of transference". Em *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, págs. 295-299. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis, 1975).
- (1960a). "The theory of the parent-child relationship". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 37-55. (London: Hogarth, 1965).
- (1960b) "Ego distortion in terms of true and false self". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 140-152. (London: Hogarth, 1965).
- (1960c) "Counter-transference". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 158-165. (London: Hogarth, 1965).
- (1961). "The effects of psychotic parents on the emotional development of the child". *British Journal of Psychiatric Social Work* 6:12-20.
- (1962a). "Ego integration in child development". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 56-63. (London: Hogarth, 1965).
- (1962b). "Dependence in infant-care, in child-care, and in the psycho-analytic setting". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 249-259. (London: Hogarth, 1965).
- (1962c). "Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 179-192. (London: Hogarth, 1965).

- (1962d) "The aims of psycho-analytical treatment". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 166-170. (London: Hogarth, 1965).
- (1962e). "A personal view of the Kleinian contribution to the theory of emotional development early stages". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 171-178. (London: Hogarth, 1965).
- (1963a). "The development of the capacity for concern". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 73-82. (London: Hogarth, 1965).
- (1963b). "Morals and education". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 93-105. (London: Hogarth, 1965).
- (1963c). "From dependence towards independence in the development of the individual". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 83-92. (London: Hogarth, 1965).
- (1963d). "Psychotherapy of character disorders". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 203-216. (London: Hogarth, 1965).
- (1963e). "The mentally ill in your case load". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 217-229. (London: Hogarth, 1965).
- (1963f). "Psychiatric disorder in terms of infantile maturational processes". Em *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, págs. 230-241. (London: Hogarth, 1965).
- (1965) *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis).
- (1968). "The use of an object and relating through identifications". Em *Playing and Reality*, págs. 101-111. (London: Tavistock, 1971). [Ed. brasileira: *O Brincar e a Realidade*. Rio, Imago, 1975].
- (1968a). "Sum, I am". Em *In Home is Where We Start From*. (New York: Norton).
- (1970a). *D.W.W. on D.W.W.* Não publicado.
- (1970b) "The mother-infant experience of mutuality". Em *Parenthood*, ed. J. Anthony and T. Benedek, págs. 245-256. (New York: Little: Brown and Company).
- (1971a) "Creativity and its origins". Em *Playing and Reality*, págs. 76-100. (London: Tavistock).
- (1971b) *Playing and Reality*. (London: Tavistock).
- (1972). "Fragment of an analysis". Em *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*, ed. P. Giovacchini. (New York: Science House).
- (1975). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. (London: Hogarth/Institute of Psycho-Analysis).