

## Algumas reflexões a respeito do elemento feminino puro

Ivonise Fernandes da Motta<sup>1</sup>  
Universidade de São Paulo

**Resumo:** Este artigo tem por objetivo tecer algumas reflexões a respeito do que é denominado elemento feminino puro na obra do pediatra e psicanalista D. W. Winnicott. A importância da relação dual mãe-bebê no início da vida como estruturante do indivíduo e fundamental para o estabelecimento de boas bases para o desenvolvimento psíquico é discutida e ilustrada através de um caso clínico. Algumas questões relevantes para a prática clínica psicoterápica são também abordadas através de algumas reflexões sobre o trabalho clínico com a regressão.

**Palavras-Chave:** Winnicott, elemento feminino puro, trabalho com regressão, relação dual mãe-bebê.

“Cuidado com as pessoas feridas porque  
elas sabem que podem sobreviver”.  
(Josephine Hart)

Oh, pedaço de mim  
Oh, metade arrancada de mim  
leva o vulto teu  
que a saudade é o revés de um parto  
a saudade é arrumar o quarto  
do filho que já morreu

Oh, pedaço de mim  
Oh, metade adorada de mim  
lava os olhos meus  
que a saudade é o pior castigo  
e eu não quero levar comigo  
a mortalha do amor  
Adeus.  
(Chico Buarque de Holanda)

Este artigo visa estabelecer algumas reflexões sobre questões teóricas atuais que são significativas e determinantes na prática clínica diária. Essas reflexões são ilustradas através da narrativa de um caso clínico no qual os aspectos abordados nesse trabalho mostram-se relevantes e reveladores.

---

<sup>1</sup> Professora Doutora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP. Psicóloga Clínica Psicanalítica de adolescentes, adultos e crianças. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade (LAPECRI -USP).

Bollas (1992), Khan (1981), Phillips (1988), Safra (1999), Winnicott (1990), dentre vários autores em psicoterapia psicanalítica, ao colocarem em relevância a importância dos fatores ambientais desde o início da vida humana, desde a concepção de um feto, ou mesmo até antes de sua concepção (anseios, expectativas dos pais), nos sublinham a importância do interjogo entre forças instintivas e o encontro ou desencontro com os outros constitutivos do entorno de casa ser humano. Nesses outros teríamos que incluir desde os fatores culturais até as características do tempo, espaço, geografia, história, etc., constitutivos dos outros seres humanos presentes ao nosso redor.

Winnicott (1990) em vários trabalhos escritos e publicados após sua morte no livro “A Natureza Humana”, nos quais evidencia que já tinha elaborado uma teoria própria do psiquismo humano, estruturação e funcionamento, nos alerta para a presença do caos que estaria incluído nas idéias ou na busca por perfeição.

Não é necessário postular um estado original de caos. Caos é um conceito que traz consigo a idéia de ordem; a escuridão tampouco está presente no início, já que a escuridão implica na idéia de luz. No início, antes que cada indivíduo crie o mundo novamente, existe um simples estado de ser, e uma consciência (awareness) incipiente da continuidade do ser e da continuidade do existir no tempo. O caos aparece pela primeira vez na história do desenvolvimento emocional através das interrupções reativas do ser, especialmente quando tais interrupções são longas demais. O caos é, primeiramente, uma quebra na linha do ser, e a recuperação ocorre através de uma revivência da continuidade; se a perturbação ultrapassa um limite possível de ser tolerado, de acordo com as experiências anteriores de continuidade do ser, ocorre que devido às leis elementares da economia, uma quantidade de caos passa a fazer parte da constituição do indivíduo. (Winnicott, 1990, p. 157).

Seguindo as idéias de Winnicott, a necessidade por um estado de ordem ou “perfeição” implicaria na existência, no psiquismo, de um estado de desordem, um estado caótico resultado de um desencontro da criança com a mãe ou com quem cumpre as funções parentais. O que diferencia esta maneira de compreender a natureza humana seria o entendimento de tal fenômeno não como algo instintivo sempre presente nos seres humanos o que, costumeiramente na literatura psicanalítica denominamos “instinto de morte”, mas sim como algo que poderia ocorrer em certos indivíduos ou em certas fases vividas pelas pessoas, consequência de invasões desmedidas ou sobrecargas excessivas no que Winnicott denomina “continuidade do ser”.

A compreensão de tal diferença no entendimento de questões desse tipo nos parece bastante relevante, principalmente diante de certas situações clínicas, certas situações vividas com nossos pacientes e que, dependendo do olhar que tivermos, poderá mudar radicalmente o tipo de tratamento e conduta a ser seguida.

### ***Exemplo Clínico***

M., uma mulher de aproximadamente 35 anos, procurou atendimento psicoterápico mobilizada por uma série de situações familiares bastante difíceis. Doenças graves e de longa duração a rodeavam, colocando-a à frente de decisões e vivências muito complexas. Sua família de origem não apresentava condições de dar-lhe suporte ou apoio adequados diante de tais dificuldades. M. vinha de uma psicoterapia que, segundo sua perspectiva, estava trazendo mais confusão e peso do que ajuda ou soluções.

Começamos a trabalhar focalizando, num primeiro plano, as questões mais emergenciais ou urgentes e, pouco a pouco, pudemos aprofundar as questões mais encobertas ou submersas e desvendar muitos aspectos de sua estruturação, funcionamento, desenvolvimento psíquico. Olhar muitas de suas vivências poderia facilmente levar a conclusões da presença de atitudes suicidas ou de tendências masoquistas pronunciadas. Envolvimentos amorosos ou ligações com pessoas que poderiam induzir esse tipo de dedução. Mas, ao mesmo tempo, haviam escolhas muito adequadas e relacionamentos com “boa” qualidade.

Apesar das inúmeras supervisões desse caso ou discussão com colegas nos quais esses aspectos foram abordados, resolvi desde o início deixar-me guiar por minhas próprias vivências transferenciais e contratransferenciais. Seguindo essa direção, essas conclusões pareciam superficiais e insatisfatórias. Algo mais teria que ser trazido à revelação, e mesmo, às vezes, surgindo a aparência da possibilidade de que ela estaria “à beira do abismo”, nunca houve preocupação de minha parte de que isso ocorreria. Segundo a conceituação de Winnicott (1954/1978), o diagnóstico psicológico que pude realizar no início de seu tratamento foi o de que ela pertenceria ao grupo um, ou seja, ao grupo de pacientes que operam como pessoas totais e cujas dificuldades estão na alçada das relações interpessoais. Dizendo de outra maneira, ela pertenceria ao grupo de pacientes denominados “normais” ou “neuróticos”.

Uma década se passou desde então, e trouxe a confirmação de que meu olhar e sentir estavam corretos ou, poderíamos dizer de maneira melhor, mais próximos de sua realidade psíquica. M. enfrentou as várias dificuldades ou pedras do caminho. Foram muitas e pesadíssimas, e à medida que foi caminhando, pode ir trabalhando com profundidade suas angústias, das mais primitivas e arcaicas até as mais evoluídas, com a mesma determinação e contato presentes.

Suas decisões foram se tornando gradativamente mais firmes, da mesma maneira que seus limites, trazendo organização a situações com aparência “caótica”. E mesmo diante de inevitáveis perdas importantes, mostrou força e enfrentamento característicos de “vida”, muito mais do que se poderia denominar “morte”. Aspectos esses que denominamos usualmente como “regressivos” adquiriram significância em fases de sua vida e de seu tratamento nas quais as sobrecargas psíquicas tornaram-se pesadíssimas. Tais aspectos não se confirmaram como determinantes de sua estruturação e funcionamento psíquico.

Minha avaliação diagnóstica feita desde o início, que ali haveria um “bom terreno” e de que valeria o trabalho, foi confirmada. Situações ambientais e circunstanciais trouxeram sobrecarga tão intensa que o desastre poderia ocorrer ou ter ocorrido, mas, felizmente, sua “maneira de ser” havia escolhido outro caminho, eu diria, desde que era uma criança, desde o começo de seu viver, desde as etapas mais primitivas de seu desenvolvimento.

Quando iniciamos o trabalho psicoterápico, M. vivia situações reais de muita sobrecarga. Os pesos excessivos existiam nos vários níveis do viver. O marido apresentava doença neurológica degenerativa grave, havendo repercussões das mais severas e que gradualmente foram se agravando, o que era esperado segundo o diagnóstico que ele tinha. Isso resultou em que M. teve de gradativamente assumir todas as responsabilidades familiares, inclusive a sustentação econômica do lar. Decisões difíceis tiveram que ser tomadas: internação do marido em instituição especializada quando o quadro degenerativo estava avançado, para que ele pudesse ter os cuidados necessários à melhor qualidade de sobrevivência possível naquele período. E é também nessa época que algo inesperado e, eu diria, “bombástico” acontece quando é confirmado o mesmo diagnóstico em sua filha, uma adolescente. Outra situação semelhante a do marido começava a ocorrer com sua única filha e

cujos caminhos de sofrimentos, limitações e perdas M. já bem conhecia há no mínimo uma década.

À medida que nosso trabalho prosseguiu e ela foi mantendo contato psíquico com todas essas vivências, quer em seu mundo interno, quer na realidade externa, com as múltiplas dificuldades que teve de enfrentar, as melhoras foram surgindo. O que poderíamos chamar de “defesas maníacas”, ou seja, defesas psíquicas para evitar a dor decorrente da depressão, a dor decorrente das perdas sucessivas e graduais que vivia, essas defesas maníacas, até necessárias em certas fases vividas por M., puderam ser abandonadas por outros tipos de defesas psíquicas mais integradoras, conforme a fase vivenciada pela paciente.

No início do tratamento, a busca de “soluções mágicas”, semelhante a busca do encontro da possibilidade de uma ‘cura milagrosa’ para a doença do marido ou da filha, foi gradativamente substituída por um contato maior com as perdas sucessivas vividas, um contato maior com a depressão.

Winnicott (1963/1989), em seus escritos, valoriza a depressão como um sinal de saúde. Diferencia dos estados psicopatológicos, dizendo da depressão saudável como semelhante a estados de tristeza associados a sentimentos de perda e culpa. A existência da capacidade de conter sentimentos depressivos, sentimentos de culpa é indicação que a pessoa atingiu um estado de integração, um estado unitário de *self*, atingiu a capacidade para preocupação.

Quando eu era estudante de medicina, aprendi que a depressão traz dentro de si mesma o germe da recuperação. Esse é um ponto brilhante na psicopatologia, e vincula a depressão ao sentimento de culpa (a capacidade para sentir culpa é um sinal de desenvolvimento saudável) ao processo de luto. O luto também tende a terminar seu trabalho. A tendência que trazem embutida para a recuperação, vincula a depressão igualmente ao processo maturacional da infância de cada indivíduo, um processo que (em ambientes facilitadores) conduz à maturidade pessoal, que significa saúde”. (Winnicott, 1963/1989, p. 55-56).

O que eu chamaria de caos foi gradativamente substituído por um viver mais “estável” ou “tranquilo”, diante das perturbações inevitáveis que enfrentava em seu dia-a-dia. Ou seja, em um tipo de situação desse tipo, perfeição é algo totalmente impossível de ser vivenciado, o usual seria um viver pontilhado de emergências e imprevistos que teriam que ser, foram e são vividos.

Buscar uma “ilha paradisíaca” ou fugir do sofrimento através de “condutas maníacas” ou possíveis “desvios mágicos” (promessas de curas milagrosas) apenas acentuaram o caos, a perturbação, a turbulência. À medida que um maior contato psíquico foi sendo conseguido, apesar das constatações difíceis visualizadas passo a passo, certo estado de ordem, de organização foi sendo estabelecido e gradativamente fortalecido.

Passado mais de uma década do início da psicoterapia, a hipótese inicial foi confirmada: o solo era “bom”, precisava tratamento “adequado”. Quando do encontro com os cuidados pertinentes a sua situação psíquica, seu caminhar foi ganhando desenvoltura, firmeza, enfrentamento e superação das difíceis situações “reais” de sua vida, revelando trabalho similar quanto às suas vivências internas.

Utilizando mais uma vez as palavras de Winnicott (1990) a respeito do caos: “O caos aparece pela primeira vez na história do desenvolvimento emocional através das interrupções reativas do ser, especialmente quando tais interrupções são longas demais” (p. 157).

Quando encontrei M., já fazia mais de uma década que ela convivía com a doença degenerativa do marido, e, portanto, ao escrever esse artigo mais de 20 anos, aproximadamente 25 anos, foram vividos com tons e características de “caos”, por vezes de

maior ou menor intensidade. Indubitavelmente foram, e são, interrupções de um viver “normal” ou “comum” por um período demasiadamente longo.

### ***Discussão do Caso Clínico***

Levar em consideração o ambiente na constituição e estruturação psíquicas fundamentais do ser humano é vislumbrar a importância do fator dependência característico do início de todos os seres humanos: dependência a uma mulher (mãe), dependência aos outros componentes da família, dependência dos valores culturais da época, dependência das normas correntes de medicina da época (pediatria, puericultura, etc.).

Valorizar os primeiros anos de vida e, em especial, os primeiros meses de vida como constitutivos de bases confiáveis ou não para o que costumeiramente chamamos Saúde, é tocar em questões como dependência, dos mais variáveis tipos possíveis, semelhantes aos descritos acima, no parágrafo anterior.

A primeira mamada teórica é representada na vida real pela soma das experiências iniciais de muitas mamadas. Após a primeira mamada teórica, o bebê começa a ter material com o qual criar. É possível dizer que aos poucos o bebê se torna capaz de alucinar o mamilo no momento em que a mãe está pronta para oferecê-lo. As memórias são construídas a partir de inúmeras impressões sensoriais, associadas à atividade de amamentação e ao encontro do objeto. No decorrer do tempo surge um estado no qual o bebê sente confiança em que o objeto de desejo pode ser encontrado, e isto significa que o bebê gradualmente passa a tolerar a ausência do objeto. Desta forma inicia-se no bebê a concepção da realidade externa, um lugar de onde os objetos aparecem e no qual desaparecem. Através da magia do desejo, podemos dizer que o bebê tem a ilusão de possuir uma força criativa mágica, e a onipotência existe como um fato, através da sensível adaptação da mãe. O reconhecimento gradual que o bebê faz da ausência de um controle mágico sobre a realidade externa tem como base a onipotência inicial transformada em fato pela técnica adaptativa da mãe. (Winnicott, 1990, p.126).

A importância da adaptação da mãe, facilitada pelo estado de “preocupação materna primária”, característico dos fenômenos regressivos típicos da gravidez, e conseqüente aumento de contato da mãe com o bebê teceria a fusão, a ilusão necessárias e imprescindíveis a esses estados iniciais.

Utilizamos o conceito “preocupação materna primária”, seguindo a definição de Abram:

A mulher grávida sadia transforma-se em mentalmente “enferma” pouco antes de dar à luz e algumas semanas após o parto. Esse estado único é denominado por Winnicott de “preocupação materna primária”. A saúde psicológica e física do bebê, de acordo com sua tese, está na dependência de a mãe ser capaz de ingressar e sair desse estado tão especial de ser. (Abram, 2000, p. 183).

A presença de experiências de contato “suficientemente bom” e ilusão marcariam constância e estabilidade, como qualidades desses meses iniciais em contraposição a vivências de invasões, rupturas, ausências por demais prolongadas da figura materna, que poderiam deixar marcas de vivências disruptivas ou de caos. Marcas de vivências de quebras nas sensações e vivências de continuidade do ser.

As conceituações dessa ordem feitas por Khan (1981, 1983), Milner (1929, 1991), Winnicott (1975, 1978, 1989, 1990), dentre vários autores que valorizam a participação do ambiente no desenvolvimento psíquico, em relação à criatividade primária ou ao elemento

feminino puro ou masculino puro, presentes em homens e mulheres, abriu caminhos para inúmeras pesquisas sobre esses aspectos básicos do início.

Jan Abram (2000), em seu dicionário das palavras e expressões utilizadas por Winnicott, ao abordar as questões sobre a criatividade, escreve:

A teoria da criatividade de Winnicott apresenta certas divergências em relação às de Freud e Melanie Klein. Nela as raízes da criatividade situam-se nos primórdios da vida e no centro da relação mãe-bebê. De uma forma bastante resumida, segundo Freud, a criatividade do adulto está vinculada a sua teoria da sublimação. Já para Melanie Klein, a criatividade associa-se a aspectos reparadores inerentes à posição depressiva (que se estabelece algumas semanas ou meses após o nascimento). (p.84).

Para Winnicott, estaria presente desde o início nos seres humanos, algo semelhante a uma tendência em buscar contato, comunicação, encontro, com as condições necessárias para um desenvolvimento psíquico favorável. Nesse começo, o encontro com um estado de fusão com a mãe estabelece bases primordiais para o que denominamos o sentido de continuidade de ser.

Nessa perspectiva, o bebê e a mãe são um único ser. Essa é a vivência imprescindível para o estabelecimento de bases estáveis para a estruturação e desenvolvimento psíquicos. Para o desenvolvimento de um viver criativo, e o sentimento que a vida é real, e que tem valor apesar das adversidades inevitáveis ao longo de qualquer existência humana.

Ao ter essa vivência de fusão com a mãe, na qual o bebê sente que é a mãe, com todas as qualidades e atributos pertencentes à figura materna, fenômenos descritos como inveja e voracidade diminuem sua presença e intensidade na medida em que o bebê é possuidor de tudo que a mãe tem.

Nessa ótica, o que na literatura psicanalítica é denominado de “instinto morte”, seria a constatação do desencontro de situações favoráveis ao estabelecimento dessas vivências iniciais e fundamentais de fusão, ilusão, magia, onipotência, etc. E por isso mesmo, pela ausência dessas condições iniciais favoráveis, apareceria a busca da perfeição.

A idéia de um tempo maravilhoso no útero (o sentimento oceânico, etc.) é uma organização complexa de negação da dependência. Qualquer prazer sentido numa regressão faz parte da idéia de um ambiente perfeito, e contra esta idéia pesa sempre uma outra, tão real para a criança ou o adulto regredidos quanto a primeira, de um ambiente tão ruim, que não haveria nele qualquer esperança para uma existência pessoal. (Winnicott, 1990, p. 180).

O elemento feminino puro presente em homens e mulheres, segundo a conceituação de Winnicott, estaria baseado nesse estado inicial de fusão com a mãe. A dependência inicial absoluta, o bebê e a mãe fundidos, seria a identificação primária sustentadora e precursora das possibilidades futuras de um favorável desenvolvimento psíquico. Nesse estágio, a dependência não seria sentida como tal, já que o bebê vive um estado de tamanha fusão e completude com a mãe, que a dependência não seria percebida.

Essas considerações me envolveram, portanto, numa afirmação singular sobre os aspectos masculinos e femininos puros do bebê masculino ou feminino. Cheguei a uma posição em que posso afirmar que a relação de objeto em termos desse elemento feminino puro nada tem a ver com impulso (ou instinto)...O estudo do elemento feminino, puro, destilado e não-contaminado, nos conduz ao SER, e constitui a única base para a auto-descoberta e para o sentimento de existir (e, depois, à capacidade de desenvolver um interior, de ser um continente, de ter a capacidade de utilizar os mecanismos de projeção e introjeção e relacionar-se com o mundo em termos da introjeção e da projeção). (Winnicott, 1975, p. 117)

Sob essas bases e onipotência vivenciadas pelo bebê com a mãe, a criança irá gradativamente aceitando as decepções inevitáveis do processo de crescimento e amadurecimento.

A mãe, através da identificação e empatia com o bebê, irá apresentando “o mundo em pequenas doses”, ponto que trará as decepções necessárias ao bom desenvolvimento, de maneira a serem integradas pelo bebê como avanços ou conquistas e não como invasões ou rupturas desmedidas. Da mesma maneira, em pequenas doses, o psicoterapeuta irá gradativamente facilitar o aumento do contato psíquico do paciente, tanto com o seu mundo intrapsíquico, quanto com os mais diversificados aspectos de seu ambiente.

Nesse contexto, saúde estaria inexoravelmente ligada a viver determinadas etapas no tempo certo. Nesse início, portanto, saúde estaria relacionada sempre à fusão e dependência quase que absoluta ou total. Prematuridade ou prolongamentos demasiados longos de certas fases estariam relacionados a perigos ou possibilidades de entraves ou sobrecargas ao desenvolvimento favorável.

### ***O Trabalho com Regressão***

Sabemos que qualquer tratamento psicanalítico irá trabalhar com regressão, quer em doses mínimas, quer em doses mais acentuadas, dependendo da situação psíquica do paciente, quer em seus aspectos e características internos, quer em suas vivências e acontecimentos com a realidade externa, com aspectos vivenciais, ambientais e por vezes circunstanciais. Crises menores ou mais severas adentram o viver humano nas mais diferentes etapas e idades.

Nesse contexto, o que Winnicott (1975) denomina elemento feminino puro seria um aspecto básico por conter os elementos essenciais da confiança e segurança nos vínculos, nos próprios objetos internos, nas memórias e vivências mais primitivas da existência humana. Em sendo necessária a regressão para esses estados iniciais, as vivências satisfatórias de fusão com a mãe constituirão a base indispensável para qualquer trabalho psíquico a ser desenvolvido.

Uma das inovações mais importantes trazidas por Winnicott (1990) foi a das possibilidades do uso e trabalho com regressão nos mais diferentes quadros psicopatológicos, desde os mais regredidos até os pacientes ditos “normais” ou “neuróticos”. A utilização e manejo de vivências regressivas, segundo esse autor, podem ser vitais para os avanços, melhorias e possibilidades de mudanças psíquicas.

A regressão, no entanto, tem uma qualidade curativa, pois é possível reformular experiências precoces através da regressão, havendo algo de verdadeiramente repousante quando se experimenta e se reconhece a dependência. O retorno da regressão depende da reconquista da independência, e se isto é bem trabalhado pelo terapeuta, a consequência é que a pessoa se encontrará numa situação melhor do que antes do episódio. Tudo isto depende obviamente da existência da capacidade de confiar, tanto quanto da capacidade do terapeuta de fazer jus à confiança. E é possível que ocorra uma longa fase preliminar do tratamento consistindo exatamente na construção dessa confiança. Na regressão ocorrida dentro de um processo terapêutico o paciente (de qualquer idade) deve revelar-se capaz de em algum momento alcançar uma não-consciência do cuidado ambiental e da dependência, o que significa que o terapeuta está dando uma adaptação suficientemente boa à necessidade. Vemos aqui um estado de narcisismo primário, que deve ser alcançado em algum momento do tratamento. (Winnicott, 1990, pp. 163-164)

Bollas (1992), ao escrever sobre o trabalho com a regressão em pacientes bastante perturbados ou em pacientes neuróticos ou normais, reafirma a importância do acesso, uso e integração de aspectos primitivos ou arcaicos do *self*, tanto do paciente quanto do analista ou psicoterapeuta.

Se um analista é bem analisado e tem confiança no funcionamento do seu próprio ego e relações objetais, penso então ser muito mais provável que ele tenha a capacidade necessária para uma regressão contratransferencial produtiva durante a sessão. Sabemos que o espaço e o processo analítico facilitam os elementos regressivos no analista, como também no paciente, e assim, se cada analista trabalhar a favor e não contra a contratransferência deverá estar preparado para ficar doente de vez em quando e em determinadas circunstâncias. Sua receptividade para o reviver da transferência do paciente significará, certamente, que a representação que este faz de porções perturbadas da mãe, do pai ou do *self* do infante será vivenciada no uso transferencial do analista (Bollas, 1992, p. 249)

O caminho percorrido por M. confirmou esses rumos traçados anteriormente: a pesquisa inicial pela possibilidade de confiança e, quando esta foi adquirida, as vivências necessárias de dependência que toda sua situação real e psíquica requisitava.

Nos anos iniciais do tratamento a dependência adquiriu grande importância e seu manejo foi fundamental para o trabalho realizado, envolvendo inclusive questões básicas sobre *setting*: aumento do número de sessões, sessões extras, cuidados e medidas diferenciais em períodos de férias, etc.

Nas fases de regressão, o que denominamos usualmente “neutralidade” do analista, cede lugar ao que poderíamos chamar o surgimento da pessoa real do psicoterapeuta. O psicoterapeuta tendo que se colocar no lugar de uma mãe suficientemente boa que consegue se adaptar às necessidades do paciente, que estando regredido, necessita de cuidados especiais. O paciente necessita que o psicoterapeuta desempenhe algumas funções egóicas que, em outros períodos ou fases, ele consegue coordenar até com relativa facilidade.

Durante certo período do tratamento com M. isso ocorreu, quando pude constatar a importância de compartilhar certas decisões, semelhante à de internar o marido em uma instituição especializada, quando a degeneração neurológica indicava ser esse o melhor caminho a tomar, aliado ao trabalho com conflitos e angústias que isso acarretava. Da mesma maneira, tantas outras decisões nas quais muitas vezes pude intervir ou participar que se referiam aos tratamentos mais adequados para a filha, adaptações sucessivas e gradativas quanto às restrições que ela própria e a filha tiveram que enfrentar.

Para dar mais um exemplo do que estou denominando nesse artigo por trabalho com regressão, requisitando adaptação do psicoterapeuta às condições psíquicas momentâneas do paciente, poderia citar um fato ocorrido numa determinada noite após uma sessão extra com M., marcada pelas pesadas pressões vividas por ela na época. Ao sair do consultório percebi que M. caminhava pela rua indo em direção a sua casa. Eu estava de carro, parei e lhe ofereci a possibilidade de levá-la até onde morava (relativamente perto de meu consultório e de minha residência). Procedi dessa maneira porque me preocupava com sua fragilidade, e se ela seria capaz de se proteger adequadamente na situação psíquica que se encontrava. Através desse caso, e vários outros nos quais manejos e adaptações foram necessários porque o paciente estava regredido, pude confirmar a importância desse tipo de mudança de *setting*, no que tange ao aumento de confiança por parte do paciente em relação ao psicoterapeuta. O paciente ao sentir que pode contar com um psicoterapeuta suficientemente bom que, semelhante a uma mãe suficientemente boa, pode se adaptar ao filho, aumenta os laços de confiança surgindo a possibilidade de trabalhar aspectos profundos e primitivos do psiquismo.

Ao escrever sobre esse tema, Margaret Little (1992), psicanalista e paciente de D. W. Winnicott, que pôde vivenciar um tratamento com base na regressão diz:

A regressão para a dependência é um “processo de cura” (Winnicott, 1954 b) originado não no analista, mas naquela parte do analisando, seu “verdadeiro self” (Winnicott, 1949 a, 1960 b), 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 de 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 “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1952 b), empatia com a criança (Winnicott, 1960 a) 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, 1960 c) e suportar as suas próprias emoções quando elas são despertadas” (p.88).

À medida que o trabalho foi prosseguindo, mesmo em fases em que as circunstâncias externas de M. tornavam-se bastante adversas, o trabalho com os aspectos regressivos foi satisfatório, possibilitando a volta gradativa a um viver, pouco a pouco, com características de maior independência. Independência que foi ganhando tamanho e firmeza ao longo do tratamento desenvolvido, ao longo dos anos percorridos.

No caminho de retorno, o paciente precisa que o terapeuta exerça duas funções – a pior função que se pode imaginar em todos os aspectos, e a melhor de todas – ou seja, a função da figura materna idealizada engajada em cuidar com perfeição de seu bebê. O reconhecimento do terapeuta idealizado e muito mau caminha passo a passo com o gradual aceitação, por parte do paciente, do bem e do mal existentes no self, da desesperança ao mesmo tempo que da esperança, daquilo que é real e daquilo que não é, ou seja, de todos os extremos contrastantes. Ao final, se tudo vai bem, há uma pessoa que é humana e imperfeita relacionando-se com um terapeuta que é imperfeito, no sentido de não desejar agir perfeitamente apenas para além de um certo nível, e para além de um certo período de tempo. (Winnicott, 1990, p. 164).

### **Considerações Finais**

O trabalho clínico vivenciado no dia-a-dia com nossos pacientes nos colocam inúmeras questões além das que mencionamos nas páginas anteriores.

Qual é o estado do indivíduo humano quando o ser emerge do interior do não-ser? Onde fica a base da natureza humana em termos do desenvolvimento individual? Qual o estado fundamental ao qual todo ser humano, não importa a sua idade ou experiência pessoais, teria que retornar se desejasse começar tudo de novo?

A proposição de uma condição deste tipo envolve um paradoxo. No princípio há uma solidão essencial. Ao mesmo tempo, tal solidão somente pode existir em condições de dependência máxima. Aqui, neste início, a continuidade do ser do novo indivíduo é destituída de qualquer conhecimento sobre a existência do ambiente e do amor nele contido, sendo este o nome que damos (nesse estágio) à adaptação ativa de uma espécie e dimensões tais, que a continuidade do ser não é perturbada por reações contra a intrusão. (Winnicott, 1990, pp. 153-154)

Para Winnicott o ser emerge da solidão, desse estado inicial de fusão do bebê com a mãe, de dependência suficientemente boa. A solidão estando intrinsecamente ligada à dependência e confiança, muito antes que o bebê possa ter alguma percepção destas. Se as experiências iniciais de fusão com a mãe são suficientemente boas, a confiança nos vínculos, no viver, na própria criatividade é estabelecida e fortalecida gradualmente ao longo dos dias, meses e primeiros anos de vida. A presença da confiança estabelecida nesse início dá boas bases para o interjogo entre ilusão e desilusão. Desilusões características e gradativas do processo de separação e individuação mãe-bebê, e se bem dosadas levariam ao amadurecimento, às integrações sucessivas e graduais do *self*. Essa é a base da capacidade de ficar só, que surgirá mais tarde no desenvolvimento resultante destes estágios primordiais de confiança e dependência absolutas. É também dessa raiz que surge a presença de condições satisfatórias para que a pessoa possa fornecer bons cuidados para consigo própria ao longo de toda sua existência.

Nesse interjogo de forças, a presença da confiança garante a ilusão guiando para doses gradativas de desilusão. Desilusão, que se bem dosada, nos levaria a possibilidades de desdobramentos sucessivos na linha de constituição de uma estrutura psíquica caracterizada por riqueza interna. Riqueza interna no sentido do que Winnicott denomina “verdadeiro *self*”. O termo “verdadeiro *self*” é revestido dos significados que o conceito representa: identidade própria, contornos firmemente estabelecidos, tons e matizes individuais em termos de ser e existir, etc.

Ao iniciar o trabalho com M., estavam presentes boas condições psíquicas, que poderíamos pressupor, advinham desses estágios iniciais de dependência nos quais experiências favoráveis puderam ser internalizadas. M. apresentava seus pais e familiares revestidos de muitas características essencialmente narcísicas, que poderíamos qualificar de mais “infantilizadas”, e por isso mesmo sem condições de prestar-lhe auxílio diante das dificuldades que enfrentava. Porém, havia um bom solo, um bom lugar para que o trabalho que se seguiu fosse desenvolvido.

Em toda análise a longo prazo, o paciente quer saber quem eu sou, e geralmente não consegue dizer o que tal frase significa. Pois se o que ele ou ela deseja são informações pessoais, fatos sobre minha vida pessoal e formação educacional, essa não é a questão mais profunda. Eu acredito que eles diriam isto se pudessem: quero saber algo tem a ver com o Verdadeiro Self, se não for idêntico a ele. O único jeito de conseguirem um pouco disso é, antes de mais nada, passando um período de tempo comigo, durante o qual nós passássemos por muitos estados de humor dentro das regularidades do setting analítico. O que eles eventualmente ficam sabendo é algo sobre mim, inadvertidamente expresso através da disciplina da

anonimidade, dentro da qual eu focalizo minha atenção e a capacidade de reflexão deles. O que eles aprendem é que eu não sou uma das figuras de transferência que eles regularmente percebem, mas ao invés disso, uma estranha e nova figura que eles nunca encontraram antes. Essa estranheza pode ser um eco da estranheza original de seus próprios pais, a quem eles conhecem apenas em parte e, às vezes, a um grau mínimo. Pode-se viver uma longa vida e mal conhecer os pais, eu quero dizer, compreender as dimensões subjetivas da experiência de vida de seus pais. Isso leva ao assunto do valor de conhecer alguém, o que está próximo às limitações narcísicas do conhecimento subjetivo. (Rodman, 1999, pp. 68-69)

Mesmo estando vivendo ainda grandes limitações que circunstâncias de sua vida presentificam (filha com doença neurológica degenerativa em estado avançado), M. pode reconstituir, resgatar um viver com melhor qualidade nos vários diferentes setores (trabalho, cuidados com saúde, amizades, envolvimento amoroso, etc.).

Sem dúvida alguma, foi um árduo e grande trabalho realizado graças tanto às suas boas condições psíquicas presentes anteriormente ao início da psicoterapia, quanto a sua determinação e coragem em se adentrar e enfrentar as várias dificuldades vividas, as várias e pesadas pedras do caminho. Através do atendimento do caso de M. tive a possibilidade de questionar e de confirmar vários aspectos do que denominamos trabalho com regressão, incluindo-se a dependência e seu manejo. E apesar das pesadas dificuldades que compartilhamos, eu diria que, tanto ela quanto eu, pudemos não só aprender, mas também enriquecer com os vários passos percorridos.

E, para concluir, caberia usar algumas palavras escritas por Winnicott ao dizer:

Se o desenvolvimento transcorre favoravelmente, o indivíduo torna-se capaz de enganar, mentir, negociar, aceitar o conflito como um fato, e abandonar as idéias extremas da perfeição e do seu oposto, que tornam a existência intolerável. O compromisso não é uma característica dos insanos. O homem maduro nem é tão bonzinho nem tão desprezível quanto o imaturo. A água no copo é barrenta, mas não é barro. (Winnicott, 1990, p. 160)

Motta, I. F. (2007). Some reflections about the pure feminine element. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 1-12.

**Abstract:** *The target of this article is to make some considerations on the so called pure feminine element in the works of D. W. Winnicott, pediatrician and psychoanalyst. The importance of the dual mother-baby relationship in the beginning of life, as individual structuring and a fundamental in the establishment of good basis for the psychological development, is illustrated and analyzed through a clinical case. Some relevant questions concerning the psychotherapeutic clinical practice are also approached through some considerations on the clinical work with regression.*

**Keywords:** *Winnicott; pure feminine element; work with regression; dual mother-baby relationship*

### Referências

- Abraham, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Bollas, C. (1992). *A Sombra do Objeto*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bollas, C. (1995). *Cracking Up*. London: Routledge.
- Catafesta, I. F. M. (1995). A Relação Psicoterapeuta-Cliente. *Revista Psicologia USP*, 6(2), 139-144.
- Catafesta, I. F. M. (1996). Potencialidade para a Saúde ou Algumas Reflexões sobre a Capacidade para a Integração. In I. F. M. Catafesta (Org.), *D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo* (pp. 131-142). São Paulo: Departamento Psicologia Clínica, IPUSP.
- Khan, M. (1981). *The Privacy of the Self*. London: Hogarth Press.
- Khan, M. (1983). *Hidden Selves: between theory and practice in psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Little, M. (1992). *Ansiedades psicóticas e prevenção*. Rio de Janeiro: Imago.
- Milner, M. (1969). *The hands of the living good*. London: Hogarth Press.
- Motta, I. F. (2005). O Gesto Espontâneo e a interpretação criativa. *Mudanças*, 13(2), 347-388.
- Phillips, A. (1988). *Winnicott*. London: Fontana Press.
- Phillips, A. (2005). *Going Sane*. London: Penguin Books.
- Rodman, R. (1999). O Gesto Espontâneo. In I. F. M. Catafesta (Org.), *Um Dia na Universidade dialogando com Winnicott, Klein e Lacan sobre a criança e o adolescente* (pp. 63-76). São Paulo: UMESP e Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP.
- Rodman, R. (2003). *Winnicott life and work*. Cambridge: Perseus Book.
- Safra, G. (1999). *A face estética do Self*. São Paulo: Unimarco.
- Winnicott, D. W. (1971). *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1978). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting Psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 459-481). Rio de Janeiro: F. Alves. (Trabalho original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (1989) O valor da Depressão. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 55-61). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1989). *Tudo começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.