

JOÃO ORLANDO MCCAFFREY BUSNARDO

**CONTRIBUIÇÕES DE D. W. WINNICOTT PARA O
CAMPO DA NOSOGRAFIA PSICANALÍTICA**

PUC-CAMPINAS

2012

JOÃO ORLANDO MCCAFFREY BUSNARDO

**CONTRIBUIÇÕES DE D. W. WINNICOTT PARA O
CAMPO DA NOSOGRAFIA PSICANALÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu-Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida - PUC Campinas, como requisito para obtenção do título de mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio.

PUC-CAMPINAS

2012

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas - Processos Técnicos

t155.916
B979c

Busnardo, João Orlando McCaffrey.

Contribuições de D. W. Winnicott para o campo da nosografia psicanalítica / João Orlando McCaffrey Busnardo. - Campinas: PUC - Campinas, 2012.

95p.

Orientador: Leopoldo Fulgencio.

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia. Inclui bibliografia.

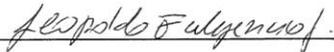
1. Doentes - Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Psicopatologia. 4. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971. I. Fulgencio, Leopoldo. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD - t155.916

JOÃO ORLANDO MCCAFFREY BUSNARDO

**CONTRIBUIÇÕES DE D. W. WINNICOTT PARA O
CAMPO DA NOSOGRAFIA PSICANALÍTICA**

BANCA EXAMINADORA



Presidente: Prof. Dr. Leopoldo Pereira Fulgencio Junior



Profa. Dra. Tania Maria Jose Aiello Vaisberg



Prof. Dr. João Paulo Fernandes Barretta

PUC-CAMPINAS

2012

Dedicatória

Aos meus pais e à minha família, sempre.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, por tudo que fizeram por mim.

Agradeço ao meu orientador Prof. Leopoldo Fulgencio, pela confiança e generosidade com que compartilhou seus conhecimentos e experiências.

Agradeço ao Prof. José Moura Gonçalves Filho e a Profa. Tânia Vaisberg pela receptividade, atenção e sugestões em diversos momentos.

Agradeço à PUC Campinas e a CAPES.

RESUMO

BUSNARDO, João Orlando McCaffrey. *Contribuições de D. W. Winnicott para o campo da nosografia psicanalítica*. 2012, 95p. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Ciência e Profissão) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

O objetivo desta dissertação é explicitar as contribuições de D. W. Winnicott para o campo da nosografia psicanalítica, entendendo-se por nosografia a classificação e a descrição das doenças. Inicialmente, a compreensão, caracterização e visualização das diversas manifestações patológicas psíquicas relacionadas ao diagnóstico apresentam-se como ferramenta fundamental para a prática clínica psicoterápica, sendo esta constatação a fundamentação inicial do conteúdo aqui exposto. Para isso, faz-se uma breve revisão histórica sobre os aspectos nosográficos associados à doença mental na psiquiatria (Ellenberger, Ey e Foucault) e na psicanálise (Freud e Klein). No campo da psiquiatria, percebe-se que o agrupamento de sintomas é o acorde principal para a classificação das doenças; enquanto que, na psicanálise de Freud, o mesmo papel é atribuído às dinâmicas das relações objetais no contexto da teoria da sexualidade. Em seguida, são destacadas as principais propostas de Winnicott, na sua reformulação da teoria psicanalítica do desenvolvimento - ou amadurecimento - afetivo. Fundamentando-se em tal teoria, espera-se colocar em destaque as diversas redescrições e acréscimos propostos por Winnicott na compreensão da nosografia psicanalítica. Evidenciam-se, então, dois diferentes momentos: Winnicott comentando e expandindo, a partir de seu corpo teórico, aspectos associados à nosografia psicanalítica tradicional e Winnicott enunciando novos aspectos nosográficos complementares àquela - revelando, deste modo, sua concepção do sofrimento psíquico humano. Dentre os aspectos acrescentados por Winnicott, estão: a integração e a maturação relativas, as distorções na provisão ambiental, o *falso-self* e suas gradações, o sentir-se vivo e real, as relações de dependência e a consideração de pessoas que foram providas, privadas e/ou privadas.

Palavras-chave: Psicopatologia, Nosografia, Winnicott, Psicanálise, Ambiente.

ABSTRACT

BUSNARDO, João Orlando McCaffrey. *Contributions of D. W. Winnicott to the field of Psychoanalytic Nosography*. 2012, 95p. Dissertation (Masters in Psychology as Profession and Science) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

The objective of this dissertation is to investigate the contributions of D. W. Winnicott to the field of psychoanalytic nosography. Nosography here is understood to be the classification and description of illnesses. This study takes for granted that the comprehension, characterization and visualization of diverse pathological manifestations, when related to diagnostics, are fundamental instruments for clinical practice. Initially, a brief historical review of the nosographic aspects associated with mental illness in psychiatry (Ellenberger, Ey and Foucault) and psychoanalysis (Freud and Klein) will be carried out. In the field of psychiatry, it can be shown that the grouping of symptoms is the basic principle for the classification of illnesses, whereas in the psychoanalyses of Freud, the same role is attributed to the dynamics of objectal relations in the management of sexuality. Further on, the principle proposals of Winnicott for the reformulation of the psychoanalytic theory of affective development and maturation are highlighted. Based on that theory, the diverse re-descriptions and additions to psychoanalytic nosography proposed by Winnicott will be described. Two different moments can be discerned: Winnicott when commenting and expanding aspects associated with traditional psychoanalytical nosography based on his own theories and Winnicott when announcing new nosographic aspects with are complementary to that nosography. These two moments reveal his conception of human psychic suffering in aspects such as: relative integration and maturation, distortions in the environmental provisions, the *false-self* and its gradations, the feeling of being alive and real, relations of dependency and the consideration of persons that were environmentally provided for and persons that suffered environmental privation and deprivation.

Key-words: Psychopathology, Nosography, Winnicott, Psychoanalyses, Environment.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: Aspectos gerais da teoria winnicottiana relacionados à nosografia	30
1) O ambiente e sua importância	31
2) O amadurecimento pessoal	36
3) Ontologia winnicottiana	38
4) Da dependência absoluta à independência relativa	40
5) <i>Verdadeiro-self</i> e <i>falso-self</i>	41
CAPÍTULO II: Aspectos gerais da concepção winnicottiana acerca das classificações nosográficas tradicionais	44
A. Neurose e Psicose	47
1) Neurose.....	49
2) Psicose	53
B. Outras Patologias	57
1) Depressão	57
2) Psicopatia (tendência antissocial)	62
3) Paranoia	64
4) Personalidade limítrofe (<i>borderline</i>)	65
5) Distúrbios psicossomáticos	66
CAPÍTULO III: Aspectos gerais e complementares da concepção winnicottiana acerca das classificações nosográficas e da compreensão do sofrimento psíquico humano	71

1) Níveis de integração e maturidade relativa	72
2) Classificação de acordo com distorções ambientais	76
3) O falso <i>Self</i> , suas gradações e o sentir-se vivo e real	78
4) Classificação de acordo com as relações de dependência	80
5) Pessoas providas, privadas e deprivadas	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90

INTRODUÇÃO

A constatação da importância do diagnóstico configura-se como ponto de partida desta pesquisa, sendo tal aspecto fundamental para as práticas em psicoterapia. A esta questão, associa-se diretamente a visualização dos diferentes quadros clínicos e os aspectos classificatórios em saúde mental, considerando-se, também, que o trabalho psicoterápico deva ser a via principal no tratamento e cuidado de pessoas que se encontram em um estado de sofrimento ou doença psíquica. Além disso, neste trabalho, adota-se a perspectiva do psicanalista inglês Donald W. Winnicott, tanto no que se refere à ontologia humana, quanto ao fazer clínico.

Ao diagnóstico, relacionam-se importantes aspectos ligados à compreensão e tratamento das afecções mentais, como a origem e as características da doença, as necessidades do paciente¹ e seu manejo, além do tipo de dinâmica relacional com a qual o psicoterapeuta deverá lidar em um tratamento associado à determinada doença. Para Winnicott (Winnicott, 1965d, p. 154)², o diagnóstico norteia e orienta o trabalho do terapeuta e sua fundamental relação com o paciente e deve sempre ser revisto e reatualizado ao longo do processo terapêutico: “O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico com o continuar do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico” (Winnicott, 1965d, p. 154).

Deste modo, a compreensão a que me refiro afasta-se da visão de diagnóstico como a eleição de determinada patologia e, conseqüentemente, todo um conjunto pré-concebido de visualização e tratamento de dado quadro patológico. Cito Winnicott:

¹ Considerando-se a perspectiva winnicottiana, as necessidades do paciente estão diretamente relacionadas ao tipo de ambiente necessário para o cuidado desta pessoa.

² As citações de Winnicott aqui são feitas a partir da organização de sua bibliografia realizada por Knud Hjulmand, Professor do Departamento de Psicologia da universidade de Copenhagen (disponível no volume 1, número 2, 1999, pp. 459-517 da revista *Natureza Humana*). O critério de organização desta bibliografia é o ano da primeira publicação de cada trabalho de Winnicott. Os vários artigos publicados em um mesmo ano são diferenciados por uma ou mais letras pospostas ao ano (por exemplo: 1988, 1971a, 1965vd), respeitando-se a seguinte ordem dentro de um mesmo ano: 1) livros ou coletâneas, 2) artigos originais, 3) outros trabalhos (revistas, prefácios, cartas etc.).

Meu propósito neste sentido não é tanto o de rotular tipos de personalidade como o de fomentar especulação e pesquisa nos aspectos da técnica analítica que se relacionam com a satisfação das necessidades do paciente em termos de dependência na situação e no relacionamento analítico. (Winnicott, 1965vi, p. 16).

Não é, portanto, o caso de se pensar em submeter o sujeito a determinado enquadramento, tendo em vista que tal prática levaria a um modo de pensar limitado, enrijecido e mecanicista. Trata-se, então, ao que me parece, da mesma perspectiva proposta por Trinca (Trinca, 1984) ao referir-se ao processo de diagnóstico psicanalítico e compreensivo, pois deve-se, para que se afaste da unilateralidade, aproximar-se de uma visão totalizadora da pessoa, de modo que se considerem as “dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e socioculturais, como forças e conjunto de forças em interação” (Trinca, 1984, p. 15).

Assim, o diagnóstico, como ferramenta norteadora psicoterápica, fornece, de modo amplo, informações de grande relevância acerca do enfermo. Neste ponto, cito Barbieri no momento em que a autora refere-se ao modelo psicanalítico de psicodiagnóstico: “[...] como aquele que visa abarcar e integrar o conjunto de informações disponíveis sobre o paciente de modo a encontrar um sentido para elas.” (Barbieri, 2008). A esses apontamentos, alinham-se autores como Ocampo, Arzeno e Piccolo: “[...] o processo psicodiagnóstico configura uma situação [...] cujo objetivo é conseguir uma descrição e compreensão [...] da personalidade total do paciente ou do grupo familiar”. (Ocampo, Arzeno, & Piccolo, 1981, p. 11). Os mesmos autores consideram ainda que: “[...] é mister explicar a dinâmica do caso tal como aparece no material recolhido, integrando-o num quadro global.” (Ocampo *et al.*, 1981, p.11). Além disso:

Uma vez alcançado um panorama preciso e completo do caso, incluindo os aspectos patológicos e os adaptativos, trataremos de formular recomendações terapêuticas adequadas (terapia breve e prolongada, individual, de casal, de grupo ou de grupo familiar; com que frequência; se é recomendável um terapeuta homem ou mulher; se a terapia pode ser analítica ou de orientação analítica ou de outro tipo de terapia; se o caso necessita de um tratamento medicamentoso paralelo, etc.). (Ocampo, et al., 1981, p. 11).

Atrelados às questões diagnósticas estão os aspectos classificatórios das doenças (ou transtornos) mentais. Tais aspectos auxiliam as práticas clínicas na medida em que apresentam especificidades acerca do quadro clínico do paciente e as respectivas características gerais da afecção que o acomete. Winnicott, apesar de afirmar, em algumas passagens, todo o valor do corpo teórico psicanalítico do qual parte (em especial, reconhecendo a base fundamental dada por Freud e os seguintes avanços feitos por Klein), aponta para novos horizontes: “Desenvolvendo a ideia da dependência absoluta na mais tenra infância, proponho uma nova maneira de examinar a classificação de doenças mentais” (Winnicott, 1965vi, p. 16). Faz-se necessário, nesse momento, um esforço na direção de apontar para aquilo que podemos considerar como uma redescritção nosográfica proposta por Winnicott, na medida em que o autor reformula o modo de entender as psicopatologias e suas particularidades.

Neste caminho, a partir da reunião das informações relacionadas ao diagnóstico e aos diferentes aspectos que caracterizam as doenças mentais, o terapeuta encontra-se em melhores condições de realizar as intervenções e as ações necessárias, de acordo com seu referencial teórico-clínico, para a busca de melhorias ao longo do processo terapêutico. Segundo Fulgencio, “A realização de um diagnóstico depende da teoria sobre o desenvolvimento ou amadurecimento psico-afetivo que se assume como referência para a formulação dos problemas e a procura de suas soluções clínicas” (Fulgencio, 2010, p. 10). A partir desses apontamentos, pode-se, então, pensar em possíveis caminhos a serem percorridos, isto é, quais são os mais adequados à situação diagnosticada, inclusive no que se refere ao tipo de psicoterapia indicada. Diz Winnicott:

Existem [...] muitas variedades de psicoterapia, que deveriam depender não dos pontos de vista do terapeuta, mas das necessidades do paciente ou do caso. Quando possível, aconselhamos psicanálise. Quando não for possível, ou houver argumentos contra, então pode-se criar uma modificação adequada. (Winnicott, 1984i-a, p. 93).

Deve-se, portanto, estar atento para o fato de que, em consonância com o par terapêutico, nem sempre é possível fazer psicanálise e, então, necessita-se fazer outra coisa¹:

Neste sentido, faço psicanálise quando o diagnóstico é de que este indivíduo, em seu ambiente, quer psicanálise. Posso até tentar estabelecer uma cooperação inconsciente, ainda quando o desejo consciente pela psicanálise esteja ausente. Mas, em geral, análise é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la. (Winnicott, 1965d, p. 154).

Deste modo, segundo Winnicott, a decisão sobre o tipo de tratamento de que o paciente necessita é uma questão que diz respeito às possibilidades, tanto do paciente quanto do tipo de cuidado necessário ao tratamento. Por outro lado, nem sempre é possível aplicar o método psicanalítico: “Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise então faço alguma outra coisa” (Winnicott, 1965d, p. 152). A esse respeito, o autor diz ainda:

Quando me defronto com o tipo errado de caso, me modifico no sentido de ser um psicanalista que satisfaz, ou tenta satisfazer, as necessidades de um caso especial. Acredito que este trabalho não analítico pode ser melhor feito por um analista que é versado na técnica psicanalítica clássica (Winnicott, 1965d, p. 154).

Trata-se, aqui, da busca de se atender as necessidades do paciente do modo mais adequado, visando seu tratamento e melhoria de seu quadro clínico através de psicoterapia. Tal caminho pode - e deve - ser iluminado pelo diagnóstico e pela compreensão das características da doença em questão, além de atentar para o fato de que diferentes modos de diagnosticar e classificar/caracterizar as doenças psíquicas implicam em diferentes terapêuticas.

A proposta desta dissertação é, então, percorrer a obra de Winnicott com o intuito de reunir e apresentar os comentários e esclarecimentos a que esse autor se dedicou ao analisar e caracterizar as doenças psíquicas e suas particularidades, o que

¹ Adiante, busca-se esclarecer aquilo que Winnicott aponta como tratamento alternativo à psicanálise tradicional. Psicanálise tradicional refere-se aqui, essencialmente, à psicanálise de Freud e Klein.

nos levará a um enriquecimento em relação à compreensão dos aspectos nosográficos psicanalíticos e da natureza do sofrimento psíquico humano.

Considerações preliminares: a psiquiatria, a psicanálise tradicional e D. W. Winnicott

Apresentam-se, neste primeiro momento, aspectos gerais da nosografia psiquiátrica e, em seguida, o mesmo tema a partir do ponto de vista da psicanálise tradicional, representada por Freud e Klein.

O intuito aqui é a apresentação e ilustração do caminho traçado historicamente pelo conjunto de conhecimentos associados às classificações nosográficas anteriores que estão relacionadas às contribuições de Winnicott - como possíveis influências e/ou referências anteriores.

Historicamente, tanto as primeiras classificações nosográficas psiquiátricas quanto a psicanalítica partiram de uma doença considerada modelo (ou entidade clínica típica) e de grande importância associada ao seu contexto histórico (Cf, Ellenberger, 1970). Ilustra-se tal apontamento ao considerarmos, por exemplo, a paralisia geral, ou afasia, como doença inicial associada à psiquiatria organicista; o sonambulismo espontâneo e seu correspondente estado artificial, a hipnose, relacionada à primeira psiquiatria dinâmica; e, por último, a histeria como enfermidade inicial associada à psicanálise (idem).

Por outro lado, sabe-se que Winnicott não fez um movimento neste sentido. Diferentemente, apresentou primeiro uma teoria da saúde para, em seguida, versar sobre suas concepções no campo da psicopatologia: “Mas precisamos chegar a uma teoria do desenvolvimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que já não nos damos mais por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las” (Winnicott, 1965vc, p. 65). Adiante, na conclusão deste trabalho, busca-se apontar quais as principais patologias abordadas por Winnicott, não como entidades clínicas típicas, mas como *referências fundamentais ao tratamento*.

No campo da psiquiatria, inicialmente, deve-se atentar para a fundamentação sintomática associada às classificações nosográficas. Tanto a primeira psiquiatria dinâmica, datada de 1775 (Ellenberger, 1994), quanto a psiquiatria *oficial* ou *clássica* (dita kraepeliana), datada do início do século XIX, acomodam-se, vale frisar, nestes moldes: preocupam-se com os aspectos orgânicos, ou anatomopatológicos da doença, e

referem-se à sintomatologia para a descrição e classificação das doenças (Ey, s/d). O autor afirma: “De início a psiquiatria se instituiu, portanto, como uma procura nosográfica de espécies mórbidas, e a tarefa principal de todos os grandes clínicos foi a de descrever os quadros clínicos e as evoluções típicas. Foi assim que a clínica psiquiátrica se constituiu” (Ey, s/d, p. 58).

A respeito da psiquiatria oficial ou clássica, Foucault (Foucault, 1988) - e é importante que se assinala que aqui não são tratadas ou discutidas as teses fundamentais foucaultianas - corrobora a dominância da perspectiva sintomatológica, afirmando que a medicina mental “Elaborou uma *sintomatologia* em que são realçadas as correlações constantes, ou só frequentes, entre este tipo de doença e aquela manifestação mórbida: a alucinação auditiva, sintoma de certa estrutura delirante; a confusão mental, sinal de certa forma de demencial” (Foucault, 1988, p. 9).

Tal processo classificatório, comenta Foucault, revela-se útil no sentido de classificação e esquematização relacionadas às doenças mentais. Deste modo, faz-se possível dar contorno às descrições psiquiátricas clássicas. É, pois, interessante citarmos algumas destas descrições com intuito ilustrativo:

Histeria: Estado em que o poder da imaginação e da sugestibilidade, unidos a essa sinergia particular do corpo e da mente que denominei psicoplasticidade, leva à simulação mais ou menos voluntária de síndromes patológicas, à organização mitoplástica de perturbações funcionais, impossíveis de distinguir das dos simuladores. (Foucault, 1988, p. 9).

Mania e depressão: Magnan denominou loucura intermitente tal forma patológica, na qual se veem alternar, com intervalos mais ou menos longos, duas síndromes opostas: a síndrome maníaca e a síndrome depressiva. A primeira comporta agitação motora, um humor eufórico ou colérico, uma exaltação psíquica caracterizada por verbigeração, rapidez das associações e fuga de ideias. A depressão, pelo contrário, apresenta-se como uma inércia motora sob fundo de humor triste, acompanhada de lentificação psíquica. Por vezes isoladas, a mania e a depressão estão geralmente ligadas por um sistema de alternância regular ou irregular, de que Gilbert-Ballet delineou os diferentes perfis. (Foucault, 1988, p. 10).

Esquizofrenia: Bleuer recuperou esta mesma entidade nosográfica (*a Demência Precoce de Kraepelin*), alargando-a a algumas formas de paranoia¹, e deu ao conjunto o nome de **esquizofrenia**, caracterizada, de uma maneira geral, por um distúrbio na coerência normal das associações - com um desmembramento (*Spaltung*) do fluxo do pensamento -, por uma ruptura do contato afetivo com o meio ambiente e por uma impossibilidade de entrar em comunicação espontânea com a vida afetiva dos outros (autismo). (Foucault, 1988, pp. 11-12; grifo meu).

Nesses moldes, válido para as demais manifestações patológicas, temos aqui aquilo que pode ser denominado de “esquematização” e “classificação” clássicas das doenças mentais, ou seja, a nosografia clássica psiquiátrica. Por um lado, tais apontamentos mostram-se importantes para que possamos visualizar todo um leque associado à sintomatologia das enfermidades psíquicas e suas descrições, mas, por outro, segundo Foucault, isso nos leva a uma concepção naturalista - e restrita - desses fenômenos: “[...] a patologia mental exige métodos de análises diferentes dos da patologia orgânica” (Foucault, 1988, p. 16). E o mesmo teórico diz ainda: “Ora, a psicologia nunca pôde oferecer à psiquiatria aquilo que a fisiologia deu à medicina [...]”. (Foucault, 1988, p. 17). Deve-se, segundo o autor, em patologia mental, afastar-se desta naturalização, própria da patologia orgânica, e aproximar-se da noção de totalidade quando abordamos tais fenômenos. Neste caso, mais vale considerar-se a estrutura da personalidade do doente do que a doença em si e suas nuances - o foco está na pessoa como um todo e não na enfermidade. Cito o autor:

Em patologia mental, concede-se o mesmo privilégio à noção de totalidade psicológica; a doença será alteração intrínseca da personalidade, desorganização interna de suas estruturas, desvio progressivo do seu devir; ela só se materializará no interior de uma personalidade estruturada. (Foucault, 1988, p. 14).

¹ Conforme referência de Foucault: E. BLEULER. *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* (1911).

Neste ponto, Foucault concorda com Ey: “As doenças mentais não são ‘entidades anatomo-clínicas’, mas formas de existência ou de consciência patológica” (Ey, s/d, p. 221).

Ainda segundo Ey, a psiquiatria dinâmica aparece como uma reação após o “calor com que a psiquiatria (*clássica*) se dedicou a descrever as doenças” (Ey, s/d, p. 59) e diz respeito à superposição do conceito das doenças mentais, de sua aparente multietiologia e caráter dinâmico. A primeira psiquiatria dinâmica, inclusive, apresentou uma classificação das doenças mentais a partir de modelos clínicos: as doenças magnéticas (sonambulismo, letargia, catalepsia); o automatismo ambulatório (similar às sugestões hipnóticas, mas com o paciente acordado); as múltiplas personalidades e a histeria.

Influenciada pela primeira psiquiatria dinâmica (destacando-se Charcot e a Escola de Salpêtrière), a psicanálise, representada por Freud, trabalha, inicialmente, a histeria, tratada à época como uma manifestação neurótica. Deve-se lembrar que, conforme mencionado anteriormente, tal enfermidade configurava-se, naquele momento, como “doença modelo” ou “entidade clínica típica” - nas palavras de Ellenberger (1970) -, sendo esta afecção e todo o contexto que a envolvia o ponto de partida de Freud. Entretanto, se, por um lado, ao tratar a histeria, Freud corroborava a posição hegemônica da psiquiatria dinâmica da época, por outro, seus apontamentos, principalmente com relação à etiologia da doença neurótica, diferem dos anteriormente propostos por Charcot. Para este último, a histeria era compreendida de modo mecanicista, enquanto que Freud atribuía-lhe a perspectiva dinâmica. A esse propósito, diz Fulgencio:

Podemos observar uma distinção entre a atividade “descritiva” própria à prática de Charcot e Janet, e a explicação freudiana. Isso será fundamental, pois o caso clínico em psicanálise não poderá ser confundido com uma descrição dos sintomas, mas deve ser inserido numa interpretação dos acontecimentos clínicos por meio de um saber que lê os sintomas utilizando uma “explicação dinâmica” fundada sobre a interação de forças. (Fulgencio, 1998, p. 6).

Apesar de, segundo Laplanche e Pontalis (Laplanche & Pontalis, 1986), o termo “neurose” ter sido empregado, ao longo do século XIX, para a classificação de diversos

tipos de afecções, para a psicanálise sua definição não se restringiu apenas a um conjunto de sintomas. Freud, ao retomar esse conceito em 1893, utiliza-o para designar afecções nervosas associadas a conflitos psíquicos recalcados, de origem infantil e de etiologia sexual.

Desse modo, a partir do eixo central da psicanálise tradicional, observa-se que os aspectos nosográficos remetem à teoria do desenvolvimento da sexualidade e à teoria das dinâmicas de relações objetais.

Dentro da primeira tópica freudiana, quando apresentados os conceitos e delineamentos de “consciente”, “inconsciente” e “pré-consciente”, e considerando-se 1915 como data referencial, Freud, a respeito de sua nosografia, classifica as afecções mentais em dois diferentes grupos: as *neuroses atuais* e as *psiconeuroses*. A primeira apresenta-se subdivida entre *neurose de angústia* e *neurastenia*, enquanto que a segunda subdivide-se entre *psiconeuroses de transferência* e *psiconeuroses narcísicas*. Vale dizer que a etiologia associada às *neuroses atuais* é atribuída a um mau funcionamento somático da sexualidade. Nas *psiconeuroses*, atribui-se esse mau funcionamento a um conflito psíquico; sendo que, entre as *psiconeuroses de transferência*, inclui-se a histeria, afecção sobre a qual Freud destinou maior parte de sua atenção; e, entre as *psiconeuroses narcísicas*, associam-se as psicoses, algumas vezes também designadas pela expressão “psicose de defesa”. “Na mesma perspectiva, Freud tentará mais tarde fazer prevalecer o termo psicose (ou neurose) narcísica para designar o que em psiquiatria, na mesma época, é definido como psicose.” (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 297).

Em um segundo momento, no contexto da segunda tópica freudiana, reportando-nos aos conceitos de *Id*, *Ego* e *Superego* (cf, Freud, 1923b), mais claramente a partir de 1924, Freud reorganiza suas classificações. A divisão entre *neuroses atuais* e *psiconeuroses* é mantida, entretanto este último grupo passa a conter três diferentes subgrupos: as *neuroses*, as *neuroses narcísicas* e as *psicoses*. Vale ressaltar que parte da origem desses novos apontamentos é resultado de grandes debates entre o fundador da psicanálise e Carl Gustav Jung e Eugen Bleuler, acerca de temas como o autoerotismo e o narcisismo. Neste momento, Freud estabelece uma organização classificatória que compreendia a neurose e psicose, com a adição da perversão. Esta última, caracterizada por Freud como uma manifestação bruta - e não recalcada - da sexualidade infantil (cf, Freud, 1905d).

Feitas tais considerações e exposto esse breve quadro nosográfico associado à psicanálise tradicional, vale frisar que, no que se refere aos aspectos classificatórios e nosográficos, a psicanálise freudiana faz uso da teoria do desenvolvimento sexual¹ e das dinâmicas de relações objetais para propor seu delineamento - neste ponto, afastando-se da perspectiva psiquiátrica, a qual se fundamenta na sintomatologia. É dentro e a partir deste contexto que Winnicott faz suas considerações relacionadas a esse mesmo tema.

JUSTIFICATIVA

Associam-se ao tema principal deste trabalho, fundamentalmente, as problemáticas dos distúrbios psíquicos e de possíveis tratamentos para tais enfermidades. Atualmente, diversos estudos apontam para a presença efetiva de diferentes afecções mentais e suas amplas consequências nos indivíduos e, também, na sociedade brasileira². Nesse contexto, podem ser citados: a esquizofrenia (Lacaz, Bressan, & Mello, 2005), a depressão (Hegadoren, 2009; Lima & Fleck, 2009), a depressão materna (Motta, Lucion, & Manfro, 2005; Ruschi, 2007), o transtorno de pânico (Yano, Meyer, & Tung, 2003), o autismo, ou transtorno global do desenvolvimento (Camargo & Bosa, 2009), entre outros. Ainda, segundo recente artigo publicado no jornal *Folha de São Paulo* (Pinho, 2011), as doenças neuropsiquiátricas aparecem no primeiro lugar (19%) entre as doenças crônicas que levam à incapacidade para o trabalho e/ou para realização de tarefas cotidianas - ficando à frente, inclusive, das doenças cardiovasculares (13%). Na pesquisa, foram consideradas como afecções neuropsiquiátricas a depressão, a psicose e o alcoolismo, por exemplo. Vale ressaltar a alta incidência, revelada por este levantamento, dos distúrbios depressivos (18,8% dos brasileiros já tiveram sintomas de depressão; 10% dos paulistanos já foram diagnosticados com depressão) e psicóticos (1,1% é o percentual de paulistanos que tiveram psicoses ou transtornos bipolares).

Winnicott permite que lidemos não apenas com as afecções acima citadas, mas também, a partir - inclusive - de sua apresentação nosográfica e de sua compreensão acerca do sofrimento psíquico humano, indica-nos novas problemáticas antes pouco aprofundadas, tais como o sentimento de irrealidade ou de vazio existencial (Winnicott, 1963a, 1965vf, 1974), o sentimento de futilidade (Winnicott, 1958b, 1963a), a psicose

¹ Considerando, neste ponto, a regressão a determinado ponto de fixação.

² Sofrimento psíquico individual e familiar; impossibilidade e/ou limitações sociais; diminuição ou perda total da capacidade produtiva.

infantil com sua origem nas falhas ambientais (Winnicott, 1965vi), os transtornos alimentares como problemas associados ao alojamento da psique no corpo (Winnicott, 1988), a drogadição associada a problemas na área da transicionalidade (Winnicott, 1953c), ou a atitude antissocial derivada da deprivação (Winnicott, 1958c). Acredita-se que, a partir da perspectiva winnicottiana, tanto na compreensão desses fenômenos quanto na aplicação de psicoterapia, é possível caminhar no sentido da saúde mental e da amenização dos sintomas e sofrimento daqueles acometidos por determinado transtorno psíquico.

A apresentação e a classificação de tais transtornos não foram feitas de forma didática por Winnicott. Pouca foi sua preocupação em escrever um texto que fornecesse uma sistematização de todas as suas grandes contribuições; a não ser, talvez, em seu livro *Natureza Humana*, publicado postumamente. A obra do autor se constitui, em sua grande parte, de coletâneas de artigos provenientes de palestras ministradas ao longo de sua vida.

Além da questão do psicodiagnóstico e sua importância para a prática clínica, a realização do presente trabalho busca contribuir para a compreensão da obra de D. W. Winnicott. O contexto atual aponta para a grande relevância relacionada ao psicanalista inglês, sendo o mesmo amplamente citado e até considerado, ao lado de Freud, um dos representantes de maior influência no campo da psicanálise na atualidade (cf, Outeiral & Abadi, 1997).

Em conjunto com a contribuição à compreensão da obra winnicottiana, também será feito um esforço no sentido de sistematização e organização dos aspectos nosográficos contidos nessa obra. Visa-se, com isso, produzir conhecimento que possa ser útil na elaboração de pesquisas futuras e estudos comparativos.

Por fim, entende-se que tal sistematização, organização e estudo da obra winnicottiana possa contribuir para a compreensão e o desenvolvimento associados a avanços para o tratamento de afecções mentais e para a prática de psicoterapia clínica na atualidade - uma vez que essa atividade corresponde ao aprimoramento da *ferramenta teoria*, utilizada como norteadora da prática clínica em psicanálise.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é apresentar as contribuições de D. W. Winnicott para o campo da nosografia psicanalítica, a partir dos seus diferentes critérios de classificação das doenças psíquicas; neste sentido, configura-se em um esforço de organização e sistematização da obra do autor. Trata-se da busca do aperfeiçoamento da *ferramenta teoria*, visando a contribuições nos campos do diagnóstico e do tratamento em psicoterapia.

PERSPECTIVA TEÓRICA

A presente dissertação pretende realizar pesquisa teórica sobre a obra de D. W. Winnicott acerca das contribuições do autor a respeito da nosografia psicanalítica, vale dizer, o modo como apresenta sua nosografia.

Donald Woods Winnicott (Plymouth, 1896 - Londres, 1971) foi médico pediatra e psicanalista inglês de grande influência, tendo sido, inclusive, presidente da Sociedade Britânica de Psicanálise por duas vezes (1956-1959 e 1965-1968). É amplamente citado em produções científicas de diversas áreas e países, o que indica sua crescente relevância no meio científico na atualidade (cf, Outeiral & Abadi, 1997).

A compreensão geral das propostas de Winnicott será feita tomando como base uma série de autores atuais que têm se dedicado ao estudo de sua obra, tais como Jan Abram (cf, Abram, 2000), Adam Phillips (cf, Phillips, 1988), André Green (cf, Green, 2005a; Green, 2005b), Clancier e Kalmanovitch (cf, Clancier & Kalmanovitch, 1984), Caldwell (cf, Caldwell, 2005, 2008; Caldwell & Joyce, 2011), Girard (Girard, 2006, 2010), Dethiville (cf, Dethiville, 2008), Dias (cf, Dias, 2003), Fulgencio (Fulgencio, 2005, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b) e Loparic (Loparic, 1997, 2001, 2006, 2008).

Ainda que existam diferenças na compreensão do sentido geral dado às contribuições e transformações que Winnicott realizou na teoria e na prática psicanalítica, tomamos essa série de interpretações de sua obra como evidência de que esta introduziu novos parâmetros para que se pensasse a saúde e, em um segundo momento, as patologias. Com o auxílio desta bibliografia auxiliar, acreditamos estar em posse do conjunto de referências que torna possível uma apreensão coerente e sistemática da obra de Winnicott, ainda que não seja possível estabelecer uma compreensão consensual sobre a diversidade de suas contribuições.

Apoiando-se nessa literatura secundária, pode-se dizer que as contribuições de Winnicott à psicanálise referem-se a temas tais como: a importância do ambiente e do amadurecimento pessoal, os caminhos rumo à integração, a consideração das relações de dependência e independência, a importância dada à noção de ser e continuidade de ser, a diferenciação entre o verdadeiro e o falso si-mesmo e suas implicações, entre outros. Nesse aspecto, o próprio Winnicott afirma, referindo-se à importância do ambiente:

Descobrimos que os indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida ou, então, que não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver. Essa variável nos seres humanos está diretamente relacionada à qualidade e à quantidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê. (Winnicott, 1971g, p. 102).

Winnicott, devido ao fato de não apresentar sua obra de modo sistematizado e/ou didático, recebe diferentes e, em alguns pontos, divergentes leituras por parte de seus principais comentadores. Diversas são as contribuições do autor que dão novos contornos à psicanálise. A esse respeito, vale conferir o que assinala Phillips, um de seus comentadores:

Os artigos que Winnicott apresentou ao público não psicanalítico são os melhores guias, em qualquer período, para suas mais fortes convicções sobre a psicanálise. Nos artigos em “The family and individual development”, escritos entre 1952 e 1962, ele ressaltou o valor do tratamento de problemas emocionais pela não-interferência, pela provisão de um ambiente de sustentação em que processos de crescimento “naturais” pudessem se reafirmar. (Phillips, 1988, p. 145).

Neste trecho, Phillips aponta para a forte importância do ambiente e da tendência ao amadurecimento e desenvolvimento emocional propostas por Winnicott. Aqui, o amadurecimento e desenvolvimento seriam “naturais” quando sustentados por um ambiente suficientemente bom.

Podemos enunciar como outro ponto central na obra do psicanalista a noção de ser e continuidade de ser. Abram, comentadora de Winnicott, aponta:

A continuidade do ser pode ser descrita como um estado ou sentimento que emerge como resultado da experiência subjetiva do bebê de ser fundido à mãe suficientemente-bom. Winnicott também apresenta esse “ser” como o “centro de gravidade” que surge nas primeiras semanas do estado de dependência absoluta de bebê, e que apenas se torna possível se a mãe houver ingressado no estado de preocupação materna primária. (Abram, 2000, p. 238).

Dentre os comentadores da obra de Winnicott, Loparic defende que as contribuições do autor configuram um novo paradigma para a psicanálise. Vale ressaltar que o termo “paradigma” aqui empregado segue o sentido técnico, dado por Thomas Kuhn (Kuhn, 1973), em seu texto “Reconsiderações acerca dos paradigmas”. Para Loparic, o novo paradigma propõe uma mudança significativa no problema exemplar que guia a teoria e a prática psicanalítica, substituindo o “andarilho na cama da mãe” freudiano por um “bebê no colo da mãe” winnicottiano. Diz este autor:

Ele [Winnicott] acabou vendo a situação mãe-bebê como realmente exemplar, o que, por sua vez, forçou-o a desenvolver uma teoria do desenvolvimento emocional, ou seja, uma teoria do binômio “natureza e cultivo”. Esta é, em essência, a mudança de paradigma da qual resulta a diferença entre a psicanálise freudiana, edípica, triangular ou de “três corpos”, adotada pela escola britânica (A. Freud, M. Klein, Fairbairn, Bion) - e pela maioria de grupos de psicanalistas franceses (especialmente os lacanianos) - e a psicanálise de Winnicott centrada na relação mãe-bebê, dual ou de “dois corpos”, atualmente aceita por um número crescente de psicanalistas de vários países. (Loparic, 2001, p. 54).

Na mesma direção de Loparic, Dias (Dias, 2003) propôs uma sistematização da teoria do desenvolvimento afetivo emocional de Winnicott, preferindo referir-se a ela como uma teoria do amadurecimento pessoal. Dias considera que:

[a teoria do amadurecimento] consiste na descrição e conceituação das diferentes tarefas, conquistas e dificuldades que são inerentes ao crescimento em cada um dos estágios da vida, desde o momento em que um estado de ser tem início, ainda na vida intrauterina, estendendo-se pela infância, adolescência, juventude, idade adulta e velhice até a morte. A ênfase da teoria recai sobre os estágios iniciais, pois é neste período que estão sendo construídos os alicerces da personalidade e da saúde psíquica. As tarefas que caracterizam os estágios iniciais - a integração no tempo e no espaço, a habitação da psique no corpo, o início das relações objetais e a quarta tarefa, constituição do si-mesmo - jamais se completam e continuam a ser as tarefas fundamentais de toda a vida. Elas não são de natureza instintual - como serão algumas delas, um pouco mais tarde - mas pertencem à linha identitária do amadurecimento; referem-se à necessidade de existir, de sentir-se real e de chegar a estabelecer-se como uma identidade unitária. (Dias, 2003, p. 34).

A consideração das transformações propostas por Winnicott na teoria geral do desenvolvimento afetivo, do ponto de vista da psicanálise, destaca-se ao apontar para uma re colocação do papel, valor e momento em que a sexualidade é possível de ser vivida. Loparic (cf, Loparic, 2007) sugere uma análise que distingue duas linhas para o desenvolvimento pessoal: uma instintual, ligada à sexualidade, e outra, identitária, ligada ao desenvolvimento do ego. Tal ocorrência implicaria a retomada dos critérios de classificação das formações psicopatológicas, uma vez que estas dependem e acompanham o tipo de compreensão associada ao processo de desenvolvimento¹.

Apoiando-se em tais considerações e neste conjunto de autores, tem-se como delineamento teórico, nesta pesquisa, a compreensão de que, para Winnicott, o desenvolvimento afetivo humano envolve outros aspectos além dos enunciados pela psicanálise tradicional, isto é, as questões associadas à teoria da sexualidade e às dinâmicas de relação objetal. Tais aspectos dizem respeito, por exemplo, à teoria do amadurecimento pessoal proposta pelo autor, bem como a importância das relações entre o indivíduo e seu ambiente.

¹ Não está em questão, nesta pesquisa, discutir se a obra de Winnicott corresponde ou não a um novo paradigma na psicanálise, nem mesmo se ela é revolucionária ou não, mas sim, reconhecendo-se que Winnicott propôs novos e vários critérios para a classificação nosográfica, poder reuni-los e analisá-los criticamente, tendo em vista aprofundar o modo como este autor aborda tal temática.

MÉTODO

A presente pesquisa configura-se como um estudo teórico e, nesse sentido, propõe-se a fazer uma análise conceitual e estrutural da obra de Winnicott, seguindo o tema anteriormente enunciado. Não obstante, consiste também em um estudo empenhado na busca dos sentidos associados aos fenômenos abordados. Trata-se de um trabalho que visa contribuir para o desenvolvimento do campo teórico. A esse propósito, cito Fulgencio:

Se a teoria corresponde a um guia, um instrumento que ajuda na observação, seleção e ordenação do material empírico (tanto nas ciências naturais como nas humanas), então, o trabalho dedicado ao estudo da teoria corresponde a um trabalho de aperfeiçoamento do instrumento pelo qual a ciência abordará sua realidade fenomênica. (Fulgencio, 2010, p.17).

O método utilizado, comum aos estudos teóricos (especialmente no campo da filosofia), é o hermenêutico de interpretação e leitura. De modo geral, este método aponta que as partes de uma determinada obra sejam compreendidas dentro de seu contexto total e que o todo dela deva ser entendido a partir de cada uma de suas partes.

Deve-se frisar, no entanto, que a leitura do todo, a interpretação e a compreensão do sentido geral dado à obra de Winnicott são feitas apoiando-se na série de autores citados no item *Perspectiva teórica* deste trabalho. O todo será, pois, lido a partir dessas referências.

A hermenêutica, vale dizer, empenha-se pela busca dos sentidos, pela compreensão propriamente dita dos fenômenos. Neste ponto, percebe-se uma distinção com relação à posição das ciências naturalistas, que atribuem um caráter explicativo às coisas. Wilhelm Dilthey (1833 - 1911), filósofo alemão, postulava que as manifestações humanas só poderiam ser estudadas a partir de interpretações que buscassem entender os sentidos de tais fenômenos. Segundo esse estudioso, em suas obras “Introdução às ciências do espírito” (1883) e “A edificação do mundo histórico nas ciências do espírito” (1910), as ciências humanas deveriam apresentar uma metodologia própria que fosse capaz de abordar as especificidades do humano; Dilthey busca fornecer tal fundamentação metodológica (Brandão & Arapiraca, 2008).

Para Lawn (2007), em Gadamer¹ (2008) existe uma rejeição - e um movimento no sentido contrário -, por parte da tradição hermenêutica, à concepção de um mundo, ou fenômeno, dado como estável ou pré-formado. Ou ainda, nota-se a rejeição de um tipo de conhecimento dado como definitivo. Para Gadamer, a compreensão dos sentidos dos fenômenos deveria abarcar um diálogo constante entre o presente e o passado.

Deste modo e a partir das contribuições de Dilthey, Schleiermacher e Heidegger, a hermenêutica passa não apenas a figurar como um modo de interpretação de textos, mas a ser fundamental para toda e qualquer tentativa de compreensão do mundo e dos fenômenos humanos. Ainda segundo Lawn, compreende-se que a hermenêutica associa-se à parte do conhecimento que dialoga com a interpretação. O mesmo autor, então, faz uma leitura de Gadamer segundo a qual a interpretação de um texto deve ser feita a partir do sentido da parte específica em conjunto com sua totalidade - o chamado *círculo hermenêutico*.

A compreensão do método hermenêutico aplicado à leitura de determinada obra, ou autor, pode trazer problemas conceituais e filosóficos complexos. Neste sentido, deve-se esclarecer que aqui a hermenêutica é utilizada como método de compreensão de textos - tal como indicado por Gadamer, Dilthey e Lawn - e não como índice de compreensão da própria estrutura do *ser* - como em Heidegger, por exemplo.

Na continuidade da explicitação do caminho percorrido nesta pesquisa, visando à compreensão da nosografia psicanalítica proposta ou redescrita por Winnicott, deve-se apontar a sequência dos textos da obra deste autor que são considerados, principalmente, com maior atenção. A partir deste caminho sinalizado, entende-se que qualquer outro pesquisador possa seguir a direção aqui apontada, de modo a chegar a resultados condizentes aos apresentados na sequência deste trabalho.

O critério de escolha dos textos estudados reside, fundamentalmente, no tema principal tratado por Winnicott em cada um de seus artigos; deste modo, por exemplo, percebe-se que a produção “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?” (Winnicott, 1965h) configura-se como referência de extrema relevância. Adicionalmente, para este processo de seleção, contribuíram as indicações do orientador deste trabalho e a bibliografia das disciplinas Psicopatologia I e II, ministradas no curso de formação da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana de São Paulo.

¹ Filósofo alemão conhecido por sua obra sobre a hermenêutica filosófica. Conferir: GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*, Petrópolis: Vozes, 2008.

Em ordem cronológica, serão considerados especialmente os seguintes textos da obra winnicottiana: “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico”, de 1954 (1955d); “Influências de grupo e a criança desajustada”, de 1955 (1965s); “Definição teórica do campo da psiquiatria infantil”, de 1958 (1958q); “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?”, de 1959 (1965h); “O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê”, de 1960 (1965vf); “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self”, também de 1960 (1965m); “Variedades de psicoterapia”, de 1961 (1984i-b); “Psiconeurose na infância”, também de 1961 (1989vl); “Provisão para a criança na saúde e na crise”, de 1962 (1965vc); “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica”, também de 1962 (1963a); “Os doentes mentais na prática clínica”, de 1963 (1963c); “O fracasso do contato inicial”, (s/d), do livro *Natureza Humana*, de 1988; “O conceito de indivíduo saudável”, de 1967 (1971f); e “Introdução”, (s/d) (1965vi), do livro “*O ambiente e os processos de maturação*”.

O trabalho será delineado de modo a, primeiro, apontar brevemente aspectos nosográficos associados à psiquiatria, com considerações históricas e apresentação de classificações ditas clássicas. A partir deste ponto, são apresentados elementos teóricos da psicanálise winnicottiana fundamentais para a compreensão de suas colocações associadas à nosografia. Por fim, é possível fazer apontamentos a respeito das contribuições de Winnicott relacionados às classificações das doenças psíquicas e de sua compreensão acerca do sofrimento psíquico humano.

DESENVOLVIMENTO

Com o intuito de alcançar os objetivos anteriormente enunciados, após colocações pontuais no item “Introdução” acerca do tema aqui em questão nos campos da psiquiatria e da psicanálise, o seguinte caminho será percorrido: no primeiro capítulo, serão apresentados os principais aspectos da teoria do desenvolvimento afetivo e pessoal de Winnicott para a compreensão do modo como o psicanalista inglês elaborou a descrição de sua nosografia. Podemos citar, como fundamentais, os seguintes aspectos: a importância do ambiente e o amadurecimento pessoal; a ontologia winnicottiana (a importância dada à noção de ser e continuidade de ser); a consideração do processo que vai da dependência inicial, quase absoluta, à independência relativa da maturidade e a diferenciação entre o verdadeiro e o falso si-mesmo e suas implicações.

No segundo capítulo, será exposto o modo como Winnicott expandiu aspectos associados à nosografia clássica, dando-lhes contornos pessoais a partir de seu corpo teórico ímpar. Em um primeiro momento, evidencia-se aquele que pode ser compreendido como o principal grande agrupamento classificatório associado às doenças mentais: a psicose e a neurose. A partir dessa consideração, são abordados diversos outros distúrbios, a saber: depressão, psicopatia (ou tendência antisocial), paranoia (ou elementos persecutórios), personalidade limítrofe (*borderline*) e distúrbios psicossomáticos.

No terceiro capítulo, evidenciam-se novos aspectos classificatórios apontados por Winnicott; é possível que se visualize o modo como o autor compreende a natureza do sofrimento psíquico humano. Apontam-se, então, alguns aspectos: níveis de integração e maturidade relativa; classificação de acordo com distorções ambientais; gradações do verdadeiro e do falso *self* e o sentir-se vivo e real; classificações de acordo com as relações de dependência e pessoas que foram providas, privadas e/ou privadas. Vale dizer que também são feitas considerações associadas à cronologia segundo a qual tais aspectos aparecem na obra winnicottiana; deste modo, é possível acompanhar, ao longo da linha do tempo, os caminhos percorridos pelo autor.

É importante frisar que será feita uma leitura da obra de Winnicott de modo a recolher e, assim, destacar as passagens em que o autor se refere e/ou comenta aspectos relacionados à nosografia e classificação das doenças psíquicas.

Na conclusão, busca-se retomar quais os aspectos classificatórios e as diferenças entre Winnicott, a psiquiatria e a psicanálise de Freud e Klein, de modo que se evidencie a grande importância e preocupação dada pelo teórico inglês à questão do tratamento. Também se reafirma a importância deste trabalho de sistematização e organização da obra de D. W. Winnicott para a prática clínica em psicoterapia na contemporaneidade e para a produção de conhecimento científico dentro da área da psicanálise.

CAPÍTULO I

Aspectos gerais da teoria winnicottiana relacionados à nosografia

Neste primeiro capítulo, após comentário a respeito das primeiras classificações psiquiátricas - desde o nascimento da primeira psiquiatria dinâmica, assim denominada por Ellenberger, e seus desdobramentos até as primeiras formulações psicanalíticas de Freud -, serão abordados aspectos que dizem respeito às propostas centrais da teoria winnicottiana.

O intuito, neste momento, é o de ilustrar algumas das principais considerações daquilo proposto pelo psicanalista inglês na medida em que tais apontamentos auxiliam a compreensão da nosografia apresentada pelo autor - tema este tratado com maior profundidade nos segundo e terceiro capítulos deste trabalho.

Entende-se como necessária esta pontual apresentação daquilo que se pode chamar de um sintético quadro associado à teoria winnicottiana, uma vez que esta trouxe uma grande quantidade de novos elementos e considerações acerca do constructo

psicanalítico. Vale dizer, inclusive, que o foco principal do aqui abordado não incide na questão - muitas vezes tratada por psicanalistas e pesquisadores da obra winnicottiana - do quanto ela se aproxima ou não daquilo que se entende por Psicanálise Tradicional. Considera-se, neste estudo, entretanto, que a obra de Winnicott trouxe efetivamente avanços e novidades concretas, não apenas no âmbito teórico, mas também e, principalmente, no que se refere à prática clínica. Cito o autor: “A base de toda psicanálise é uma teoria complexa do desenvolvimento emocional do lactente e da criança, uma teoria iniciada por Freud e que vem sendo continuamente alargada, enriquecida e corrigida” (Winnicott, 1965b, p. 107).

Os novos horizontes e enriquecimentos trazidos por Winnicott à psicanálise limitaram a importância central dada pela psicanálise tradicional ao complexo de Édipo e às dinâmicas de relações objetais. O autor inglês introduziu novos conceitos e ideias fundamentais, como a teoria do amadurecimento emocional, ou pessoal, que chamou de “espinha dorsal” (*backbone*) de seu corpo teórico. Suas contribuições nos apontam para considerações acerca das relações de dependência com o ambiente ou da integração do sujeito, por exemplo.

Neste capítulo, consideram-se com maior profundidade os seguintes aspectos centrais relacionados à teoria proposta por Winnicott: a importância do ambiente e o amadurecimento pessoal; a ontologia associada à teoria winnicottiana; a consideração do processo que vai da dependência inicial, quase absoluta, à independência relativa da maturidade; e a diferenciação entre o verdadeiro e o falso si-mesmo e suas implicações.

1) O ambiente e sua importância

A literatura psicanalítica, ao tratar do desenvolvimento emocional humano, sempre compôs seu acorde principal a partir das dinâmicas associadas ao mundo interno do sujeito. Abram (2000) refere-se ao episódio ocorrido em 1942, quando Winnicott, em um encontro de estudos psicanalíticos, levanta-se dizendo: “o bebê não existe”, marcando o nascimento de uma valiosa descoberta: o bebê não mais entendido como uma unidade em seus estágios primeiros, mas sim, como uma estrutura ligada a seu ambiente inicial - na maior parte das vezes, sua mãe. Diz o autor: “Em outras palavras, o indivíduo não existe - o que existe é o indivíduo em relação ao mundo externo. Winnicott esforça-se, assim, em demonstrar que a relação de uma unidade corporal não precede a relação de um par corporal, mas, sim, a sucede” (Abram, 2000, p. 26). Este

tema seria tratado com maior cuidado por Winnicott em seu texto de 1958 - *A capacidade para estar só* -, no qual elucida que tal capacidade pode ser atingida, paradoxalmente, baseada na experiência de estar só na presença do outro. Neste sentido, considera Abram:

Existem dois aspectos fundamentais que dizem respeito às observações feitas por Winnicott do desenvolvimento psicanalítico daquele período. Em primeiro lugar, através de seu extenso trabalho com mães e bebês, Winnicott veio a descobrir a diferença entre um ambiente bom e um que não é bom. Em segundo lugar, pôde observar que este primeiro e essencial ambiente bom é duplicado no *setting* freudiano, de que, é evidente, faz parte a personalidade do analista. (Abram, 2000, p. 27).

Pode-se perceber, então, a partir dessas colocações de Abram, que as novas considerações de Winnicott acerca da dupla mãe-bebê (e de suas relações) certamente trariam implicações para o contexto e o fazer clínico no âmbito psicanalítico.

Não obstante, é de se notar o caráter fundamental do papel atribuído ao ambiente na obra winnicottiana. A jornada rumo à maturação e à relativa independência - visto que nunca se é totalmente independente - faz-se, segundo o psicanalista inglês, sempre considerando o binômio pessoa-ambiente (talvez, tão importante quanto o conjunto formado por psique e soma). Deve-se frisar, contudo, que os aspectos associados às dinâmicas relacionadas aos processos psíquicos internos não foram deixados de lado pelo autor: “[...] ainda assim, posso encontrar aqueles que ou nunca mencionam este fator externo como sendo realmente importante ou então falam dele o tempo todo, ignorando os fatores internos no processo” (Winnicott, 1965b, p. 227). Já em relação ao fator ambiental (externo), este foi evidenciado:

É fácil verificar por que os psicanalistas relutaram em escrever sobre o fator ambiental, uma vez que tem sido frequentemente verdade que aqueles que tentaram ignorar ou negar o significado das tensões intrapsíquicas ressaltaram principalmente o fator externo desfavorável como causa de doença na psiquiatria infantil. Contudo, a psicanálise está agora bem estabelecida e podemos nos permitir examinar o fator externo tanto bom como mau. (Winnicott, 1965b, p. 227).

Vale dizer que, segundo Winnicott, dentro do contexto analítico, a questão da dependência - principalmente quando associada à transferência - é, e sempre foi, amplamente estudada e dada como aceita. Tal dependência, com relação ao ambiente, mostra-se presente em vários estágios do desenvolvimento emocional, e pode ser observada no cuidado de uma criança ou de um bebê, por exemplo. Essa consideração implicaria a evidência do fator externo, representado pelo analista no *setting* psicanalítico. Neste caso, segundo o autor, o analista bem treinado representaria um analista suficientemente bom.

Ao considerar o ambiente - ou seja, dar a devida importância ao fator externo - como aspecto fundamental ao longo da maturação e do desenvolvimento emocional humano, Winnicott aponta a direção do movimento necessário para mudanças, avanços e enriquecimento no campo da psicanálise, enunciado por ele mesmo em diversas passagens de sua obra:

[...] de início Freud pensou que todas as pessoas neuróticas tinham tido um trauma sexual na infância, e mais tarde descobriu que o que elas tinham tido eram desejos. Então por muitas décadas presumimos nos escritos analíticos que não existia tal coisa como traumas sexuais reais. Agora temos que admitir isso também. (Winnicott, 1965b, p. 227).

Nesta linha de pensamento, o autor segue enfatizando a importância do ambiente nos processos de maturação, sendo este determinante na conquista da saúde e/ou na ocorrência de enfermidades: “Embora saibamos que a doença psiconeurótica não é causada pelos pais, sabemos também que a saúde mental da criança não se pode estabelecer sem cuidado paterno ou materno suficientemente bons” (Winnicott, 1965b, p. 227). Aqui, os cuidados ambientais descritos como suficientemente bons, geralmente, são atribuídos pelo autor aos pais ou cuidadores que desempenham as funções em questão. A falha neste tipo de cuidado, ou provisão ambiental inicial, pode causar sérias consequências, como, por exemplo, doenças de caráter psicótico:

Nesse sentido, a falha da provisão elementar básica inicial perturba os processos de maturação, ou evita que eles contribuam para o

crescimento emocional da criança, e é esta falha do processo de maturação, integração, etc., que constitui o estado de doença que chamamos de psicótico. (Winnicott, 1965b, p. 232).

Atente-se, neste ponto, para o fato de que quando se evidenciam tais aspectos associados à provisão ambiental inicial suficientemente boa, deve-se relacionar também a noção winnicottiana de “mãe suficientemente boa”. Defende o autor:

Só na presença dessa mãe suficientemente boa pode a criança iniciar um processo de desenvolvimento pessoal e real. Se a maternagem não for boa o suficiente, a criança torna-se um acumulado de reações à violação; o *self* verdadeiro da criança não consegue formar-se, ou permanece oculto por trás de um falso *self* que a um só tempo quer evitar e compactuar com as bofetadas do mundo. (Winnicott, 1965a, p. 24).

Segundo o autor (Winnicott, 1953c, p. 25), a mãe suficientemente boa, que pode não ser a mãe biológica efetivamente, deve fornecer ao seu bebê este tipo de cuidado especial; ela deve poder se adaptar ativamente às necessidades do lactente, essencialmente nos primeiros meses de vida. Ela é, pois, fundamental: “Não há possibilidade alguma de um bebê progredir do princípio do prazer para o princípio de realidade ou no sentido, e para além dela, da identificação primária (ver Freud, 1923), a menos que exista uma mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1953c, p. 25). Em contrapartida, é necessário que essa mesma mãe adaptada possa, gradativamente, diminuir a intensidade desta parceria - na mesma medida em que seu bebê adquire capacidade de tolerar frustrações. Segundo o autor, essa é uma condição sem a qual não pode ser alcançada determinada condição de saúde, ou aquilo que denomina de desenvolvimento maturativo:

Uma porção básica de provisão ambiental facilita o tão importante *desenvolvimento maturativo* das primeiras semanas e meses e qualquer falha na adaptação inicial é um fator traumático interferindo no processo de integração que leva ao estabelecimento no indivíduo de um *self* que existe, que adquire existência psicossomática e

desenvolve uma capacidade de se relacionar com objetos. (Winnicott, 1965b, p. 231).

É possível, também, apontar algumas das principais funções da provisão ambiental neste contexto, essencialmente inicial. O ambiente suficientemente bom, ou a *mãe suficientemente boa*, deve ser capaz de realizar três principais funções: “Com base nessas considerações, torna-se possível categorizar a função da mãe suficientemente boa nesses primeiros estágios. Tais funções podem reduzir-se a: (i) *Holding*; (ii) Manipular (*Handling*); (iii) Apresentar objetos” (Winnicott, 1965a, p. 26). É certo que cada uma dessas funções, ou vivências experienciadas pelo par mãe-bebê, pode ser descrita e estudada, além de apresentar traços complexos. Entretanto, tal análise não se coadunaria com este espaço.

Por outro lado, vale ressaltar, a respeito do *holding* (aspecto fundamental na obra winnicottiana), que este está associado diretamente com os cuidados ambientais recebidos pelo bebê, e deve ser entendido, portanto, como externo: “O *holding* tem muita relação com a capacidade da mãe de identificar-se com seu bebê. Um *holding* satisfatório é uma porção básica de cuidado” (Winnicott, 1965a, p. 26, 27).

Deve-se frisar que, no início e na maioria das vezes, o *holding* é desempenhado pela mãe do bebê, simplesmente pelo fato de existir uma forte relação inicial entre ambos. Deste modo, é a mãe quem tem a maior chance de oferecer ao lactente tudo aquilo de que ele necessita. Posteriormente, e de modo correspondente, outros tipos de ambientes, como a família ou grupos sociais, também podem propiciar esse tipo de cuidado pessoal. Como afirma o autor: “Grupos sociais limitados continuam o que a família iniciou e, na saúde, a criança em amadurecimento torna-se cada vez mais capaz de tomar parte na manutenção da estrutura grupal e do funcionamento grupal” (Winnicott, 1989a, p. 115).

Outro aspecto de extrema relevância deve ser salientado: Winnicott, ao redefinir a importância e o papel do ambiente, aponta para o fato de que é possível que aconteçam vivências pessoais nas quais o amadurecimento pessoal interrompido - por falhas ambientais - possa ser retomado; cito, primeiramente: “Sabemos ainda que uma experiência ambiental corretiva não cura diretamente o paciente mais do que um mau ambiente causa diretamente a estrutura da doença” (Winnicott, 1965b, p. 227); e, de modo mais direto: “Algum evento ambiental, talvez uma amizade, pode prover uma correção da falha da provisão básica e desfazer o bloqueio que impedia a maturação de

um modo ou de outro” (Winnicott, 1965b, p. 232). Isto posto, evidencia-se o aspecto terapêutico que pode ser associado ao ambiente presente na obra winnicottiana: é possível caminhar na direção do amadurecimento e da saúde a partir de adequada provisão ambiental: “O desenvolvimento, em poucas palavras, é uma função da herança de um processo de maturação, e da acumulação de experiências de vida; mas esse desenvolvimento só pode ocorrer num ambiente propiciador” (Winnicott, 1965a, p. 27).

2) O amadurecimento pessoal

Pode-se dizer que Winnicott, ao longo de sua obra, formulou uma teoria do amadurecimento pessoal, a qual ele mesmo chamou de espinha dorsal, ou *backbone*, de seu corpo teórico. É sensato que se diga que tal contribuição é muito relevante, na medida em que sustenta toda uma visualização do desenvolvimento emocional humano, possibilitando maior compreensão acerca dos caminhos da saúde e da doença. Segundo Dias (2003), tal teoria do amadurecimento tem como fundamento algumas características:

Com base nas concepções de que todo indivíduo humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento, e de que não há nenhum aspecto, saudável ou doente, da existência humana cujo sentido seja independente do momento do processo ao qual pertence ou no qual teve origem, Winnicott formulou uma teoria do amadurecimento pessoal normal, considerada, por ele mesmo, a “espinha dorsal” (*backbone*) do seu trabalho teórico e clínico. (Dias, 2003, p. 13)

Deve-se apontar que, ao apresentar sua teoria do amadurecimento pessoal a partir do viés da saúde, Winnicott diferencia-se da grande maioria dos autores que abordam a questão da saúde mental: evidencia-se, primeiramente, o desenvolvimento saudável, ou a saúde, e, a partir deste referencial, podem-se pensar as diferentes patologias. Tal fato sustenta-se a partir de outro apontamento fundamental da teoria winnicottiana: a tendência inata à integração. Enuncia-se que o indivíduo, dadas as condições ambientais necessárias, tende a caminhar no sentido do amadurecimento, do desenvolvimento saudável e da integração da personalidade. Vale lembrar, inclusive, que este é um processo com idas e voltas e que dura toda a vida: “A integração da personalidade não é alcançada num determinado dia ou numa determinada época. Ela

vem e vai, e mesmo quando alcançada em alto grau pode ser perdida devido a uma situação ambiental adversa” (Winnicott, 1958b, p. 289). Em outro momento, o autor declara ainda:

O desenvolvimento emocional ocorre na criança se se proveem condições suficientemente boas, vindo o impulso para o desenvolvimento de dentro da própria criança. As forças no sentido da vida, da integração da personalidade e da independência são tremendamente fortes, e com condições suficientemente boas a criança progride; quando as condições não são suficientemente boas essas forças ficam contidas dentro da criança e de uma forma ou de outra tendem a destruí-la. (Winnicott, 1965b, p. 63).

Deve-se reconhecer, também, a grande relevância que é dada para os momentos iniciais da vida, com especial atenção para a relação inicial entre a mãe e seu bebê. Evidencia-se a importância de provisão ambiental que se adapte às necessidades do lactente neste momento inicial, o caminho contrário, decerto, traz complicações para o bebê:

Se o apoio do ego da mãe não existe, ou é fraco, ou intermitente, a criança não consegue desenvolver-se numa trilha pessoal; o desenvolvimento passa então, como já disse, a estar mais relacionado com uma sucessão de reações a colapsos ambientais que com as urgências e fatores genéticos. (Winnicott, 1965a, p. 24).

Este caminho, ao longo da teoria do amadurecimento, rumo ao desenvolvimento emocional e à saúde, amparado na tendência inata à integração e sustentado por provisão ambiental suficientemente boa, pode ser descrito em termos de fases (*stages*); entretanto, deve-se frisar que este não é um processo linear e que muitos dos fenômenos ocorrem de modo sobreposto e/ou simultâneo. Não obstante, esta organização fornece uma possível visualização didática dos acontecimentos ao longo deste delicado processo. Neste ponto, cito Dias (2003), ao enumerar e descrever cada um desses estágios (*stages*) visualizáveis ao longo da obra winnicottiana:

O processo é desdobrado em “estágios” (*stages*), ou etapas, que podem ser breves e genericamente enumerados como se segue. Dos estágios primitivos, de dependência absoluta, fazem parte: 1) a solidão essencial, a experiência do nascimento e o estágio da primeira mamada teórica. Dos estágios iniciais, de dependência relativa, participam: 2) o estágio de desilusão e de início dos processos mentais; 3) o estágio da transicionalidade; 4) o do uso do objeto; e 5) o estágio do EU SOU. Após isto, o bebê caminha “rumo à independência”: 6) estágio do concernimento. Em seguida, vêm os estágios de independência relativa: 7) o estágio edípico; 8) o de latência; 9) a adolescência; 10) o início da idade adulta; 11) a adultez; e 12) a velhice e a morte. Na velhice, algo da dependência absoluta ou relativa volta. (Dias, 2003, pp. 97-98).

3) Ontologia winnicottiana

Este aspecto - aquilo que se compreende por ontologia winnicottiana - mostra-se muito importante para os delineamentos contidos neste trabalho. Entende-se que as considerações feitas pelo autor neste campo diferem das enunciadas tanto pelo campo da psiquiatria quanto pelo campo da psicanálise tradicional. A partir destes novos apontamentos, vislumbram-se outros olhares sobre questões como a definição de saúde e doença e, também, sobre aspectos classificatórios e nosográficos.

Em Winnicott, a ontologia humana - ou a natureza do ser - está associada diretamente à *noção de ser*, à *continuidade de ser* e à *tendência inata à integração*. A questão do *ser*, fundamental na obra winnicottiana, evolui-se com aspectos relacionados à criatividade e às expressões e manifestações do *self* verdadeiro:

O ser tem seu lugar junto ao verdadeiro **self** e ao potencial herdado, e está relacionado à não-integração, que vem a ser a precursora da habilidade de relaxar e aproveitar. A habilidade de “ser” tem sua origem na experiência de um ambiente de **holding**. A partir da experiência de “ser” desenvolve-se a capacidade de “viver criativamente” e de “brincar”, aspectos da integração que levam ao fazer. (Abram, 2000, p. 238).

Neste sentido, movimentos contrários a tais manifestações dizem respeito à submissão e, conseqüentemente, remetem às condições de sofrimento humano. A submissão, por sua vez, pode associar-se a possíveis sentimentos de irrealidade e futilidade: “Algo central em sua personalidade sentia com excessiva facilidade o ameaçado aniquilamento; clinicamente, naturalmente, ela se tornava durona e extremamente independente, bem defendida, e com isso ia um sentimento de futilidade e de ser irreal”. (Winnicott, 1963a, p. 228).

Segundo Abram (2000, p. 238), a continuidade de ser em Winnicott pode ser entendida como um estado ou sentimento resultante da experiência subjetiva do bebê de ser fundido à mãe suficientemente boa. Além disso, esse ser pode ser apresentado: “[...] como o ‘centro de gravidade’ que surge nas primeiras semanas do estado de dependência absoluta do bebê, e que apenas se torna possível se a mãe houver ingressado no estado de preocupação materna primária” (Abram, 2000, p. 238).

Aqui, é importante lembrar o momento no qual Winnicott marca a questão do ser como fundamento ontológico associado à natureza humana:

Gostaria de postular um estado de ser que é um fato no bebê normal, antes do nascimento e logo depois. Esse estado de ser pertence ao bebê, e não ao observador. A continuidade do ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que, quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode seguir existindo. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos ‘sendo’. Se por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor do que aquela em seu interior, a bolha passará a reagir à intrusão. Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. Em termos do animal humano, isto significa uma interrupção no ser, e o lugar do ser é substituído pela reação à intrusão. (Winnicott, 1988, p. 148).

Pode-se considerar como aspecto fundamental aqui a aproximação entre o *ser* e o *continuar sendo* com a tendência inata à integração, postulada por Winnicott como base para o desenvolvimento emocional humano. Tal tendência, no sentido da integração, deve estar amparada por provisão ambiental adequada e uma possível falha neste amparo resultaria em quebra, ou interrupção, na continuidade de ser do indivíduo.

Winnicott, então, ao reconsiderar os aspectos associados à ontologia humana, afasta-se do modelo naturalista de homem adotado por Freud e pela psicanálise tradicional e aponta em direção de uma aproximação ao campo das ciências propriamente humanas, frisando que se deve cuidar da pessoa que tem determinado distúrbio, e não o caminho inverso.

4) Da dependência absoluta à independência relativa

A jornada que se inicia a partir da condição de dependência absoluta e caminha na direção da independência relativa configura-se, também, como uma das valiosas contribuições de Winnicott para a compreensão do desenvolvimento emocional humano. Atrelados a esse processo, estão outros conceitos essenciais da teoria winnicottiana, como a tendência inata à integração e as relações do indivíduo com seu meio ambiente. De início, a dependência é absoluta e o sucesso do par mãe-bebê é fundamental, já que o fraco ego inicial do lactente precisa do apoio materno: “Dependência na primeira infância é um fato, e nestes estudos tento inserir a dependência na teoria do desenvolvimento da personalidade. A psicologia do ego só faz sentido se firmemente apoiada no fato da dependência [...]” (Winnicott, 1965b, p.15). Ainda sobre isso, diz o autor:

O início do surgimento do ego inclui inicialmente uma quase absoluta dependência do ego auxiliar da figura materna e da redução gradativa e cuidadosa da mesma visando à adaptação. Isso faz parte do que eu denomino “maternidade suficientemente boa”; neste sentido o ambiente figura entre outros aspectos essenciais da dependência, no meio do qual o lactente está se desenvolvendo, utilizando mecanismos mentais primitivos. (Winnicott, 1965b, p.15).

Como mencionado anteriormente, o caminho rumo à maturação e à independência relativa é marcado por diversos fenômenos e conquistas a serem alcançadas, inicialmente, pelo bebê em sua primeiríssima infância - sempre amparado por um ambiente que se configure como suficientemente bom e facilitador:

O desenvolvimento, em poucas palavras, é uma função da herança de um *processo de maturação*, e da acumulação de experiências de vida;

mas esse desenvolvimento só pode ocorrer num *ambiente propiciador*. A importância deste ambiente propiciador é absoluta no início, e a seguir relativa; o processo de desenvolvimento pode ser descrito em termos de dependência absoluta, dependência relativa e um caminhar rumo à independência. (Winnicott, 1965a, p. 27).

De certo modo, é possível que se faça uma divisão entre dois grandes momentos: os estágios primitivos, ou de dependência absoluta, e os estágios de dependência e independência relativas. Aqui, segundo Dias (2003), é possível que se visualizem fenômenos e etapas distintas, a saber: a dependência absoluta diz respeito ao estágio pré-natal, à experiência do nascimento, à experiência da primeira mamada teórica e às tarefas básicas, como a integração no tempo e no espaço, o alojamento da psique no corpo, o início do contato com a realidade e a constituição de um si-mesmo primário. Já os estágios de dependência e independência relativas referem-se ao estágio de desilusão, à transicionalidade, ao uso do objeto, ao estágio do EU SOU, ao estágio do concernimento, à experiência edípica, à adolescência, à adultez e à velhice.

Deste modo, é possível que os processos de desenvolvimento e maturação emocional humano sejam compreendidos e associados às relações de dependência com o ambiente em questão. No terceiro capítulo deste trabalho, evidenciam-se como tais relações podem ser associadas com aspectos classificatórios dentro do referencial winnicottiano.

5) *Verdadeiro-self e falso-self*

Primeiramente, na obra winnicottiana, deve-se ressaltar a importância do conceito denominado de *falso-self* (ou falso si-mesmo), e também de seu contraponto, o *verdadeiro-self* (verdadeiro si-mesmo). Faz-se tal consideração devido a sua aplicabilidade clínica¹.

De início, é necessário que se explicitem as diferenças entre os conceitos winnicottianos de ego, si-mesmo e eu². Segundo Dias (2003, p. 142), Winnicott, ao pontuar as especificidades entre os termos *ego* e *si-mesmo*, considera que o ego refere-se a um termo teórico que, ao ser utilizado por um grupo de pesquisadores, tem um

¹ Adiante, no capítulo terceiro, ver-se-á o modo como as gradações do *falso-self* atrelam-se ao fazer clínico.

² Vale dizer que, na obra winnicottiana, em alguns momentos, existe certa confusão envolvendo esses termos; o autor utiliza-os de modo impreciso em algumas passagens.

sentido que lhe é atribuído. Por sua vez, o si-mesmo pode ser considerado, de modo geral, como um termo descritivo, tendo sido usado de duas maneiras distintas pelo autor. A conquista do chamado estado unitário, ou a chegada ao estágio conhecido por EU-SOU, diz respeito a uma das maneiras; a segunda, utilizada com mais frequência em momentos mais tardios de sua obra, refere-se a qualquer tipo de experiência integrativa.

De certo modo, pode-se considerar que, ao se pensar em saúde, termos como “integração”, ou “pessoa inteira” (neste sentido, afastando-se de termos como “dissociação” ou até mesmo “cisão”) são lembrados. Em contrapartida, a quebra da personalidade, ou o desenvolvimento de um *self* falso, separado do verdadeiro, remete a uma condição patológica. Sobre a etiologia desta condição de separação, Winnicott a atribui às falhas ambientais que impediram o desenvolvimento saudável pessoal:

Um aspecto do obstáculo ao surgimento do ego produzido por falha no ambiente é a dissociação que se verifica nos casos *borderline* em termos de *self* verdadeiro e falso. Desenvolvo este tema com um ponto de vista próprio, observando sinais indicativos dessa dissociação em pessoas normais e na vida diária (um *self* particular reservado para intimidades e um *self* público orientado para a socialização), examinando também a patologia dessa condição. (Winnicott, 1965vi, p. 15).

Se as condições, ou provisão ambiental, forem adequadas, ou suficientemente boas, o indivíduo pode avançar em seu desenvolvimento emocional, de modo a não ir em direção da formação de um *falso-self* patológico:

Só na presença dessa mãe suficientemente boa pode a criança iniciar um processo de desenvolvimento pessoal e real. Se a maternagem não for boa o suficiente, a criança torna-se um acumulado de reações à violação; o *self* verdadeiro da criança não consegue formar-se, ou permanece oculto por trás de um falso *self*. (Winnicott, 1965vf, p. 24).

Entretanto, deve atentar para o fato de que nem toda manifestação associada à condição de *falso-self* deve ser entendida como patológica. Segundo Naffah (Naffah, 2010), Winnicott utiliza o termo *falso-self* de duas maneiras distintas. Primeiramente designando um funcionamento saudável, comum a todas as pessoas, e essencial para o

convívio social; já o segundo sentido acompanha os estados chamados doentes e está associado à cisão da personalidade. Aqui, pode-se inferir que, em termos classificatórios, está-se mais próximo do campo das psicoses: “Notar-se-á que embora haja valor em pensar que, na área das psiconeuroses, é a ansiedade de castração que jaz por trás das defesas, nos fenômenos mais psicóticos que estamos examinando é um colapso do estabelecimento do *self* unitário” (Winnicott, 1974, p. 71).

Em patologias agudas nas quais nota-se um falso *self*, deve-se atentar, também, para a possibilidade de manutenção de um *self* verdadeiro com certa esperança no sentido da preservação e da saúde:

No pólo extremo da doença encaro o *self* verdadeiro como algo potencial, oculto e protegido pelo falso *self* e submisso, que mais tarde acaba se tornando uma organização defensiva baseada nas várias funções do aparelho do ego e suas técnicas de se autopreservar. (Winnicott, 1965vi, pp. 15-16).

No terceiro capítulo deste trabalho, questões associadas aos desdobramentos em termos de verdadeiro *self* e falso *self* são tratadas com maior acuidade.

CAPÍTULO II

Aspectos gerais da concepção winnicottiana acerca das classificações nosográficas tradicionais

Neste segundo capítulo, exploram-se as noções de Winnicott que corroboram, expandem, modificam e inovam os quadros nosográficos construídos pela psiquiatria e pela psicanálise tradicional (Freud e Klein). Entende-se que as considerações anteriormente realizadas auxiliem na compreensão do modo diferenciado segundo o qual o psicanalista inglês propôs suas classificações e redescritões acerca do constructo nosográfico anterior e seus delineamentos sobre o sofrimento psíquico humano.

Na introdução do presente trabalho, buscou-se apontar para a origem das primeiras classificações psiquiátricas, historicamente, conforme enunciado por Ellenberger, e em um segundo momento e de modo ilustrativo, com Ey e Foucault. Em seguida, fez-se breve exposição associada às compreensões da psicanálise tradicional,

aqui representada por Freud e Klein¹, acerca de suas classificações nosográficas. Com esse tipo de análise, procurou-se rerepresentar o contexto geral a partir do qual Winnicott fez suas elaborações - contextos associados à psiquiatria e à psicanálise.

No primeiro capítulo, foram apresentadas algumas das contribuições de Winnicott, tanto à ontologia psicanalítica (concepção de modelo de homem) quanto ao processo de desenvolvimento emocional humano. Tais aspectos mostram-se pertinentes na medida em que, em seus apontamentos nosográficos, o psicanalista inglês parte desses conceitos centrais e inovadores dentro do campo da psicanálise.

Winnicott coloca-se de modo a usar a psicanálise tradicional² como ponto de partida para suas considerações e, a partir desta e de suas observações como pediatra, formula novos constructos, ou seja, o autor nos indica que é um seguidor da psicanálise e alguém que, concomitantemente, busca contribuir para seu enriquecimento. A esse respeito, cito o autor: “Meu objetivo é prosseguir na trilha principal da tese geral de Freud [...]. Acredito inteiramente nessa teoria” (Winnicott, 1965vd, p. 207). Em outro momento, porém, ele afirma: “A base de toda psicanálise é uma teoria complexa do desenvolvimento emocional do lactente e da criança, uma teoria iniciada por Freud e que vem sendo continuamente alargada, enriquecida e corrigida” (Winnicott, 1958h, p. 107).

Vale dizer, entretanto, que Winnicott não propõe uma mudança efetiva na maneira de se classificar as doenças mentais. Seu intuito parece estar em demasia afastado da proposição de, por exemplo, um novo DSM, e sim mais próximo de uma classificação funcional, associada a procedimentos clínicos e a um diagnóstico operacional. Deste modo, evidencia-se, aqui, contrariamente aos delineamentos da psiquiatria, a atenção voltada ao tipo de pessoa que apresenta determinada doença, e não o caminho inverso.

O autor considera (Winnicott, 1963c, pp. 196-197), em relação à psiquiatria, que uma classificação inicial deve basear-se em um agrupamento em três diferentes categorias: doenças do cérebro com a doença mental consequente; doenças do corpo afetando atitudes mentais e, por último, as doenças mentais propriamente ditas, ou seja,

¹ Neste trabalho, tendo em vista aspectos nosográficos, consideram-se as contribuições de Klein, essencialmente, como uma expansão daquilo proposto por Freud: classificação e descrição das doenças fundamentadas na teoria das dinâmicas nas relações objetais e a teoria do desenvolvimento da sexualidade. Não é feita análise profunda dos novos conceitos trazidos à psicanálise pela autora.

² Vale dizer que, conforme exposto anteriormente neste trabalho, a Psicanálise, por sua vez, também foi influenciada pela primeira psiquiatria dinâmica moderna e seus desenvolvimentos em torno da descoberta do inconsciente.

doenças que não dependem de doença do cérebro ou de outra doença física - e é sobre este último grupo que aqui tratamos.

Neste segundo capítulo, apresentam-se as considerações de Winnicott acerca daquilo que podemos considerar como um modelo nosográfico clássico. Na primeira parte, parte A, evidencia-se uma primeira classificação entre psicose e neurose, considerada extremamente útil pelo psicanalista inglês. Pode-se atentar para o fato de que as demais patologias, na grande maioria das vezes, apresentam predominância associada ou à psicose ou à neurose. Por exemplo, no caso das depressões, como veremos a seguir, Winnicott faz uma distinção entre depressão psicótica (aproximando-se da psicose) e depressão reativa (aproximando-se da neurose). Na parte B, comentam-se, de modo a evidenciar as contribuições winnicottianas, outras patologias, a saber: depressão, psicopatia (ou tendência antisocial), paranoia (ou elementos persecutórios), personalidade limítrofe (*borderline*) e distúrbios psicossomáticos.

De modo geral, deve-se salientar, neste momento, que Winnicott faz uso de classificações estabelecidas anteriormente; referindo-se, por exemplo, à psicose, à neurose, à depressão, à paranoia e à psicopatia. Entretanto, ele vai além. O autor, ao utilizar tais classificações anteriores, associa-as com outros aspectos, como, por exemplo, os níveis de integração do *ego*, maturidade relativa e desenvolvimento emocional e as relações de dependência com o ambiente. Cito Winnicott justificando a limitação das classificações clássicas e a funcionalidade de seus apontamentos:

Estou sugerindo que no estudo de uma psicose se deve tentar fazer uma classificação do meio e dos tipos de anormalidade ambientais, e do ponto no desenvolvimento do indivíduo em que essas anormalidades atuam, e que tentar classificar indivíduos doentes na base do quadro clínico que eles apresentam não leva a resultados úteis. (Winnicott, 1965h, p. 124).

Deste modo, Winnicott faz reconsiderações e acréscimos acerca das classificações clássicas já existentes, de modo a apontar, apoiado nas contribuições que trouxe ao campo da psicanálise, aspectos relacionados à gênese (como as falhas ambientais, por exemplo), à dinâmica (como é o padrão de comportamento de um bebê frente à vivência de determinado tipo de maternagem) e ao tratamento (quando nos

sugere qual a natureza do ambiente a ser fornecido para que se possa retomar o processo de amadurecimento e desenvolvimento).

A. Neurose e Psicose

Winnicott, ao referir-se ao grupo de doenças mentais propriamente ditas, utiliza-se da divisão inicial entre psicose e neurose e, posteriormente, aponta para as depressões como uma doença entre a psicose e a neurose: “Desde o começo dividimos doenças mentais em neuroses e psicoses” (Winnicott, 1963c, p. 197). Este primeiro agrupamento revela-se de grande importância para uma visualização inicial e compreensão do quadro clínico de determinado paciente, por exemplo, tendo funcionalidade na prática clínica - “classificação funcional de extrema utilidade”, nas palavras do autor, que afirma: “Provavelmente é um tema de consenso geral entre analistas que é válido o uso das palavras neurose e psicose. Eis aqui uma classificação simples para todas as doenças mentais” (Winnicott, 1965h, p. 118). Em outro momento, o autor também diz: “Quando a saúde física (inclusive o funcionamento do tecido cerebral) está garantida, é possível classificar as doenças da psique em neuroses e psicoses” (Winnicott, 1988, p. 34).

Entretanto, deve-se atentar para o fato de esta ser uma classificação inicial, norteadora, de modo a fornecer dinâmicas e modos de funcionamento gerais do paciente. A partir deste primeiro momento, em termos de diagnóstico, é preciso que se busque a compreensão do caso de modo mais refinado:

Esta classificação grosseira tem uma utilidade limitada, e assim que for realizada uma apreciação mais detalhada dos estados clínicos psicóticos tornar-se-á necessário um método mais refinado. Até aqui, é preciso apenas chamar a atenção para a importância de se considerar os pontos de origem dos distúrbios do desenvolvimento emocional, ao mesmo tempo em que se procura utilizar os termos psiquiátricos consagrados. (Winnicott, 1988, p. 34).

Não obstante, Winnicott também enuncia que, feitas essas primeiras considerações e classificações em termos de neurose e psicose, existem fatores complicadores que incidem sob esses dois grupos patológicos que devem ser considerados: “Naturalmente, esta divisão de estados clínicos em dois é simples demais.

Há três complicações que tenho que mencionar, para que vocês fiquem satisfeitos com o que estou dizendo” (Winnicott, 1989vl, p. 53). Essas complicações são a depressão, a persecutoriedade (ou paranoia) e a psicopatia.

Nesse ponto, deve-se ter em conta que o autor considera que muito foi conquistado, em termos de saúde psíquica, para que o indivíduo desenvolva a afecção neurótica. É preciso que se tenha certo sucesso nos estágios anteriores à neurose. Defende o autor que:

Num caso de neurose, as dificuldades começaram a surgir no interior das relações interpessoais características de vida familiar, estando a criança então entre os 2 e os 5 anos de idade. Nesta fase, a criança é uma pessoa total em meio a pessoas totais, sujeita a poderosas experiências instintivas baseadas no amor entre pessoas. Na neurose, o desenvolvimento emocional da criança (ou do adulto) nos estágios anteriores ocorreu dentro de limites normais. (Winnicott, 1988, p. 34).

Por outro lado, ao considerar-se a doença psicótica, ver-se-á que não houve sucesso suficiente em parte dos processos maturacionais ditos primitivos; houve falha ambiental antes de o bebê poder atingir o status de pessoa inteira: “Psicose é o nome que se dá aos estados de doença cuja evolução começou em momentos anteriores, ou seja, antes que a criança se tornasse uma pessoa total relacionada a pessoas totais” (Winnicott, 1988, p. 34). O problema aqui se associa aos processos de integração que não obtiveram devido sucesso e afeta a estrutura da incipiente personalidade do bebê. Argumenta Winnicott:

Digamos que, na psicose, há um transtorno que envolve a estrutura da personalidade. Pode-se mostrar que o paciente se acha desintegrado, ou irreal, ou fora de contato com o seu próprio corpo ou com aquilo que nós, como observadores, chamamos de realidade externa. Os problemas do psicótico são desta ordem. (Winnicott, 1989vl, p. 53).

Pode-se dizer, então, que este é um ponto chave de distinção entre o distúrbio neurótico e o psicótico; na neurose, com consequentes sucessos em termos de integração e maturação, o indivíduo pode alcançar conquistas fundamentais, que não foram possíveis para um paciente dito psicótico: “Em comparação, na psicose, o

paciente existe como pessoa, é uma pessoa total, que reconhece objetos como totais; acha-se bem alojado em seu próprio corpo e a capacidade de relacionamentos objetivos está bem estabelecida” (Winnicott, 1989vl, p. 53).

Adiante, são tratados com maior especificidade tanto o distúrbio neurótico como o de natureza psicótica.

1) Neurose

De acordo com Roudinesco e Plon (1998), o termo “neurose”, proposto primeiramente em 1769 pelo médico escocês William Cullen (1710 - 1790), definia afecções nervosas que acarretavam distúrbios de personalidade. Posteriormente, na França, o termo foi difundido por Philippe Pinel (1745 - 1826) e, quase um século depois, foi popularizado por Charcot, delineando a histeria como uma doença funcional e como uma neurose.

Ainda, segundo Laplanche e Pontalis (1986), ao longo do século XIX, o termo “neurose” foi utilizado para a classificação de diversos tipos de afecções: enfermidades com sede orgânica reconhecida, como “neuroses digestivas” ou “neuroses cardíacas”, por exemplo; afecções funcionais ou sem inflamação ou lesão estrutural do órgão em questão e, também, doenças do sistema nervoso.

Do ponto de vista da compreensão, parece que o conceito de neurose no século XIX deve ser aproximado das noções modernas de afecção psicossomática e de neurose de órgão. Mas, do ponto de vista da extensão nosográfica, o termo abrangia afecções hoje divididas entre três campos: da *neurose* (histeria, por exemplo), da *psicossomática* (neurastenia, afecções digestivas) e da *neurologia* (epilepsia, doença de Parkinson). (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 297).

À época, a grande maioria dos teóricos parecia concordar com o aspecto amplo classificatório das neuroses - que iam desde afecções associadas a lesões do sistema nervoso até quadros clínicos como obsessões e fobias, classificados como “loucuras” ou “delírios”.

Apesar da abrangência no que se refere às definições associadas ao termo “neurose”, atualmente, parece existir um amplo acordo entre os autores quanto à

delimitação clínica referente à afecção. Pode-se considerar tal abrangência associada tanto ao nível da sintomatologia quanto ao nível da estrutura:

A extensão do termo neurose tem variado bastante; atualmente tende-se a reservá-lo, quando isolado, para as formas clínicas que podem ser ligadas à neurose obsessiva, à histeria e à neurose fóbica. A nosografia distingue assim neuroses, psicoses, perversões e afecções psicossomáticas, enquanto que o estatuto nosográfico daquilo a que se chama “neuroses atuais”, “neuroses traumáticas” ou “neuroses de caráter” continua a ser discutido. (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 296).

Freud, ao retomar o conceito de neurose em 1893, utiliza-o para designar afecções nervosas nas quais a sintomatologia associava-se a conflitos psíquicos recalçados, de origem infantil e de etiologia sexual. Neste contexto, Freud, ao debruçar-se sobre a neurose, parece ter tido êxito em trabalhar tais afecções de modo mais pontual: “[Freud] Parece ter encontrado na cultura psiquiátrica da língua alemã uma distinção relativamente segura do ponto de vista clínico entre psicose e neurose.” (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 297). Segundo Roudinesco e Plon (1998), a partir da publicação de “Estudos sobre a histeria”, em 1895, a histeria no sentido freudiano tornou-se o protótipo da afecção neurose, dentro do campo da psicanálise. Laplanche e Pontalis definem objetivamente o termo a partir do referencial psicanalítico tradicional: “[referindo-se à neurose] Afecção psicogênica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem raízes na história infantil do sujeito e constitui compromissos entre o desejo e a defesa” (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 296).

No campo da Psicanálise Tradicional, segundo Freud (1898a) o mecanismo de defesa denominado *recalque*, isto é, a *repressão* de conteúdos “proibidos” e mantidos inconscientes, e toda a problemática que envolve o complexo edípico dizem respeito às manifestações neuróticas. Freud indicava como tratamento para esse tipo de afecção o processo analítico tradicional, ou seja, o trabalho de tornar conscientes os conteúdos e conflitos inconscientes.

Para Winnicott, o indivíduo no qual se manifesta o distúrbio neurótico deve ser reconhecido como capaz de assim o fazer; ou seja, é necessária certa porção de saúde ou

maturidade conquistada. Em outras palavras, deve ter havido relativo sucesso no desenvolvimento emocional do infante em seus primeiros anos de vida¹:

É na doença neurótica que encontramos os conflitos que são exclusivamente do indivíduo e relativamente livres de determinantes ambientais. É necessário ser suficientemente sadio na idade pré-escolar para poder ter doença neurótica, para não se falar de saúde. (Winnicott, 1963a, p. 232).

A perspectiva winnicottiana acompanha a compreensão da psicanálise tradicional ao considerar que a afecção tem suas raízes nas ansiedades ligadas às fantasias e conflitos inconscientes e, também, relacioná-la com o período associado ao complexo de Édipo:

Neurose é o termo empregado para descrever a doença das pessoas que ficam doentes no estágio do complexo de Édipo, no estágio de experimentar relacionamentos entre três pessoas *totais*. Os conflitos originados desses relacionamentos levam a medidas defensivas que, se se tornam organizadas em um estado relativamente rígido, se qualificam para o rótulo de neurose. (Winnicott, 1963c, p. 197).

Entretanto, algumas peculiaridades devem ser apontadas. Primeiro, pode-se dizer que a problemática fundamental não se relaciona à proibição do incesto, ponto este fundamental para Freud, por exemplo. Outro aspecto central a ser considerado é o fato de que, em Winnicott, a doença neurótica traz traços (ou heranças) relacionados ao desenvolvimento anterior, vale dizer, à primeira infância, e que remetem ao campo das psicoses. Tais traços, inclusive, podem até mesmo ser evidenciados nas defesas erguidas contra a ansiedade neurótica: “Obviamente, o modo como se erigem (as defesas) e se tornam fixas depende em certa extensão, talvez em grande extensão, da história do indivíduo anterior à sua chegada ao estágio das relações triangulares entre pessoas completas” (Winnicott, 1963c, p. 197).

Associada ao complexo edípico e, portanto, às relações triangulares, a neurose, então, diz mais respeito às dificuldades na vida pessoal e menos a problemas associados

¹ Tal sucesso significa, *grosso modo*, o afastamento das patologias associadas à psicose.

à conquista e aos estágios de formação e desenvolvimento do eu. Pode-se, desse modo, dizer que são produções pessoais ligadas aos conflitos internos na vida instintual e associadas à administração do amor e do ódio nas relações interpessoais (experimentação da *ambivalência*). Nas palavras do autor: “Afora o estudo de pessoas sadias, é talvez apenas na neurose e na depressão reativa que é possível se aproximar da doença verdadeiramente interna, a doença que faz parte do intolerável conflito que é inerente à vida e ao viver de pessoas normais” (Winnicott, 1965h, p. 124).

Tal perspectiva, que coloca o distúrbio neurótico como inerente às complicações enfrentadas pelas pessoas ao longo do viver, levanta a seguinte questão: qual seria o limiar entre o campo patológico e o não patológico? Segundo Winnicott, essa percepção relaciona-se ao grau de rigidez associado às defesas pessoais constituídas pelo indivíduo e necessárias frente às ansiedades associadas à má elaboração da instintualidade nas relações a três: “A doença aí se chama neurose e é medida pelo grau de rigidez das defesas pessoais, organizadas para se defrontar com a ansiedade no sonho da pessoa” (Winnicott, 1963c, p. 203).

Deste modo, é necessário, para que no indivíduo apresente-se o distúrbio neurótico, certo grau de saúde e que suas defesas frente às ansiedades associadas aos conflitos ligados à vida instintiva mostrem-se de certo modo rígidas:

[...] a criança que está suficientemente bem para alcançar situações triangulares como as que ocorrem entre pessoas sadias na meninice, quando (como mais tarde na adolescência) a vida instintiva está em seu ponto nodal de expressão máxima, fica sujeita a conflitos, que em certa extensão se manifestam como ansiedade ou na forma de defesas organizadas contra ansiedade. Estas defesas ocorrem na normalidade, mas quando rígidas constituem as formações de sintomas próprios da doença neurótica (não-psicótica). (Winnicott, 1965vc, p. 65).

Tais defesas podem ser discriminadas (Winnicott, 1989vl, pp. 56-57); são elas: a inibição do instinto, o sentimento de culpa nos conflitos entre amor e ódio (podendo levar a rituais obsessivos), manifestações corporais de conflitos emocionais (como cólicas, por exemplo) e fobias organizadas (evitam situações angustiantes).

Winnicott recomenda, na prevenção de tal afecção, que seja provido o ambiente necessário para que a saúde seja possível nos estágios iniciais da primeira infância, de

modo que se desenvolvam bases estruturais da personalidade do indivíduo (Winnicott, 1958m, p. 420). No âmbito da terapêutica, Winnicott recomenda, em casos em que a problemática central associa-se ao distúrbio neurótico, o fazer enunciado por Freud e pela psicanálise tradicional - a análise tradicional.

2) Psicose

É certo que se destaque a doença psicose, ou distúrbio psicótico, dentro da obra de Winnicott. A maior parte de suas contribuições relaciona-se com as fases de desenvolvimento inicial individual, isto é, a primeira infância e, portanto, dizem respeito a este estado psíquico.

Vale lembrar que, em um primeiro momento com Freud, este tema não foi trabalhado com o mesmo destaque dado à neurose pela psicanálise tradicional. Para o fundador da psicanálise, não havia possibilidade de ocorrer a transferência em pacientes psicóticos, fato que impedia o tratamento e, portanto, limitava o alcance psicanalítico frente a tal afecção (Freud, 1924b). Segundo Freud, o distúrbio psicótico relacionava-se com o mecanismo de defesa de *cisão* (quebra do contato com a realidade) e com o investimento da libido no *eu* (estado narcísico profundo). Posteriormente, a partir das contribuições de Melanie Klein, tornou-se possível pensar em transferência não apenas neurótica (Klein, 1952), como também voltaram-se as atenções para os estágios iniciais do desenvolvimento pessoal (Klein, 1996a, 1996b).

Em Winnicott, por sua vez, é necessário que se aponte uma mudança radical associada à doença psicótica e, principalmente, a sua etiologia. É possível que se observe que, para a psicanálise tradicional, o cerne da questão psicótica recai, novamente, na problemática das dinâmicas de relações objetais e na administração da sexualidade. Winnicott, entretanto, vai além: introduz a questão ambiental como fundamentação principal do distúrbio psicótico. Segundo o autor, a afecção origina-se a partir de uma falha ambiental nos cuidados na primeira infância: “Participei do estudo da ideia de que distúrbios mentais necessitando hospitalização dependem de falhas do desenvolvimento na primeira infância” (Winnicott, 1965vi, p. 15). Em outro momento, o autor prossegue:

Afirmar decididamente que na etiologia da doença psicótica e em particular da esquizofrenia (exceto na extensão em que elementos hereditários estão atuantes) tem que se atentar para uma falha no

processo total do cuidado do lactente. “Psicose é uma doença de deficiência do ambiente”. [...] As deficiências a que estou me referindo são falhas da provisão básica. O ponto principal é que essas falhas são imprevisíveis; não podem ser consideradas pelo lactente como projeções, porque este não chegou ainda ao estágio de estrutura do ego que torna isso possível e o resultado é o *aniquilamento* do indivíduo. A continuidade de sua existência é interrompida. (Winnicott, 1963a, p. 231).

Deve-se, então, atentar para o fato de que a falha ambiental impede que a conquista, ou o caminho rumo à maturidade (ou desenvolvimento pessoal), aconteça como deveria; a tendência inata na direção à integração, se não for sustentada por um ambiente facilitador suficientemente bom, é interrompida: “O distúrbio esquizofrênico¹, neste sentido, se revela como o ‘negativo’ do processo que pode ser descrito em pormenores como o processo ‘positivo’ da maturação da primeira e segunda infâncias do indivíduo” (Winnicott, 1965vi, p. 15). Nota-se, portanto, que é o caminho no sentido da maturação que é comprometido frente à falha ambiental:

Nesse sentido, a falha da provisão elementar básica inicial perturba os processos de maturação, ou evita que eles contribuam para o crescimento emocional da criança, e é esta falha do processo de maturação, integração, etc., que constitui o estado de doença que chamamos de psicótico. (Winnicott, 1963a, p. 232).

Pode-se perceber, deste modo, a importância dada pelo autor para os primeiros meses e para os primeiros anos de vida. Além disso, aponta-se, também, para a relação existente entre o período de dependência absoluta (primeiros meses de vida) e as afecções psicóticas (quando há falha ambiental). É neste momento que a doença pode desenvolver-se e, aqui, Winnicott, pontua seu afastamento com relação à psicanálise freudiana, ao destacar as relações de dependência com o ambiente frente às dinâmicas de relações objetais e a teoria da sexualidade: “Ver-se-á que na tentativa de datar o início da psicose eu estou, portanto, me referindo ao grau de dependência do indivíduo e não à vida instintiva pré-genital do indivíduo, nem ao estágio da primazia da zona erótica do lactente”. (Winnicott, 1965h, p. 124). É também neste momento (de

¹ Neste ponto, *distúrbio esquizofrênico* pode ser entendido como de natureza psicótica.

dependência absoluta) que a provisão ambiental deve adequar-se às necessidades do indivíduo sob o risco de organização da doença:

Podemos considerar os graus de dependência em uma série: a) *Dependência extrema*. Aí as condições precisam ser suficientemente boas, senão o lactente não pode iniciar seu desenvolvimento inato. Falha ambiental: deficiência mental não-orgânica; esquizofrenia da infância; predisposição a doença mental hospitalizável mais tarde. (Winnicott, 1965vc, p. 64).

A esse propósito, deve-se considerar que, segundo Winnicott, a doença psicótica configura-se como uma defesa frente às ansiedades inimagináveis, ou agonias impensáveis; é um modo encontrado pelo verdadeiro e incipiente *eu*¹ de se proteger de tais ansiedades, que podem ser enunciadas, a saber: a desintegração, o cair para sempre, o não ter conexão alguma com o corpo e carecer de orientação. Na visão do autor: “Pode-se reconhecer que essas são especificamente a essência das ansiedades psicóticas, e pertencem, clinicamente, à esquizofrenia ou ao aparecimento de um elemento esquizoide oculto em uma personalidade não-psicótica nos demais aspectos” (Winnicott, 1965n, p. 57). Este *eu* em formação depende do apoio do *ego* da mãe (ambiente) ou, neste momento, do *holding*, para que possa amadurecer; e a falha deste ou sua presença de modo defeituoso podem resultar no desenvolvimento da doença: “As consequências de um apoio defeituoso ao *ego* por parte da mãe podem ser tremendamente devastadoras [...]” (Winnicott, 1965n, p. 57). Em outro momento, o autor pontua:

O *holding* deficiente produz extrema aflição na criança, sendo fonte: da sensação de despedaçamento; da sensação de estar caindo num poço sem fundo; de um sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno; e de outras ansiedades que são geralmente classificadas como “psicóticas”. (Winnicott, 1965vf, p. 27).

¹ Aqui, o momento é anterior a possibilidade de distinção entre o que é *eu* e o que é *não-eu*.

Trazendo grandes novidades acerca do distúrbio psicótico, especialmente em termos etiológicos, Winnicott aponta, então, para possíveis modos de manifestação deste estado patológico. Primeiramente, cita a esquizofrenia infantil ou autismo, atentando para a etiologia psicológica, em grande parte desses casos, frente à etiologia neurológica:

Este conhecido grupo clínico contém doenças secundárias a lesão ou deficiência física do cérebro e inclui também algum grau de cada tipo de falha nos pormenores da maturação inicial. Em boa proporção desses casos não há evidência de doença ou defeito neurológico. (Winnicott, 1965n, p. 57).

Já na esquizofrenia latente percebe-se que a falha ambiental pode expressar-se de modo oculto em um primeiro momento, trazendo possíveis problemas futuros; muitas vezes o indivíduo é aparentemente saudável:

Há muitas variedades clínicas de esquizofrenia latente em crianças que passam por normais ou que podem mesmo mostrar um brilho especial do intelecto ou grande precocidade. A doença em tais casos se revela na fragilidade do “êxito”. Pressão e tensão próprias de estágios posteriores podem desencadear uma doença. (Winnicott, 1965n, pp. 57-58).

Uma terceira forma de manifestação do distúrbio psicótico reside na elaboração de uma falsa autodefesa pelo indivíduo que vivenciou o padrão falho de provisão ambiental: temos aqui a formação de um *falso-self*: “O uso de defesas, especialmente a de um falso mas bem sucedido *self*, possibilita a muitas crianças parecerem prometer muito, mas um colapso eventual revela a ausência do *self* verdadeiro”. (Winnicott, 1965n, p. 58).

Por último, pode-se apontar o desenvolvimento de uma personalidade esquizoide. Este desdobramento psicopatológico ocorre devido ao fato de um elemento esquizoide estar oculto em uma personalidade que pode ser considerada normal. Alguns desses elementos, de natureza psicótica, podem se manifestar e até mesmo serem socializados desde que estejam em consonância com o corpo cultural no qual está

inserido este indivíduo. O elemento esquizoide diz respeito ao tipo de falha ambiental vivenciada:

Estes graus e tipos de defeitos da personalidade podem se relacionar, na investigação de casos individuais, com vários tipos e graus de falhas em cuidado, manejo e apresentação de objeto no estágio inicial. Isto não significa negar a existência de fatores hereditários mas antes complementá-los em certos aspectos importantes. (Winnicott, 1965n, p. 58).

Segundo Winnicott (Winnicott, 1965n, p. 58), pode ocorrer um defeito nas principais tarefas associadas à maturação neste momento: na integração (falha relacionada ao cuidado, ou *holding*), na personalização (falha relacionada ao manejo) e/ou nas relações com objetos (falha associado à apresentação de objetos).

Apesar de delinear todas as nuances e caminhos da afecção psicótica, com origem em um padrão falho de provisão ambiental, Winnicott, também aponta para um possível caminho que significaria ausência de doença, ou seja, é possível que se considere um processo de prevenção associada a tal patologia. Segundo o autor: “É necessário dizer, contudo, que se de início se aceita hereditariedade então: a) provisão ambiental suficientemente boa tende a prevenir doença esquizofrênica ou psicótica [...]” (Winnicott, 1965vc, p. 65). Nesse sentido, este fazer fundamenta-se na provisão ambiental adequada, ou suficientemente boa, para que o indivíduo caminhe no sentido da maturação saudável esperada.

B. Outras Patologias

1) Depressão

Feitas considerações acerca de uma primeira grande classificação das manifestações psicopatológicas em termos de neuroses e psicoses, aborda-se, neste momento, a questão das depressões, as quais “constituem um conceito muito amplo de distúrbios mentais” (Winnicott, 1963c, p. 199); este denso tema, segundo Winnicott, pode ser classificado, *grosso modo*, como aquilo que está *entre* o distúrbio neurótico e o psicótico:

Seria mais simples do ponto de vista de minha apresentação se eu pudesse considerar os dois extremos e colocar a neurose em um extremo e a esquizofrenia no outro. Não posso fazê-lo, contudo, por causa das doenças afetivas. Entre a neurose e a esquizofrenia há todo um território coberto pela palavra depressão. Quando digo entre, realmente quero dizer que na etiologia destas doenças os pontos de origem da depressão se situam entre os pontos de origem da esquizofrenia e da neurose. (Winnicott, 1963c, p. 199).

Tal tema é de grande relevância, devido a sua elevada incidência na atualidade e, justamente por isso, é objeto de amplos estudos em áreas como a medicina e a psicologia. No Brasil, aliás, a doença está presente de modo significativo. Segundo artigo publicado no jornal *Folha de São Paulo* (02 de agosto de 2011), o Brasil é o país em desenvolvimento que tem o maior índice de incidência desta afecção. De acordo com tal publicação (Garcia, 2011), no país 18,4% das pessoas já vivenciaram ao menos um episódio depressivo ao longo da vida¹.

O tema, na psiquiatria, é tratado como uma disfunção orgânica cerebral (isto é, como um aspecto biológico), enquanto que, para a psicanálise tradicional, volta-se para a questão da perda e/ou fixação objetal e para a questão pulsional. Freud trabalha tal questão, especialmente, em “Luto e melancolia” e, posteriormente, Klein contribui com o desenvolvimento do conceito de *posição depressiva* - usado por Winnicott como referência para suas ideias associadas ao *estágio de concernimento*. Winnicott aprofunda-se neste debate com Klein em “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?” (Winnicott, 1965h), em “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal” e em “Enfoque pessoal da contribuição kleiniana” (Winnicott, 1955c, 1965va).

Dentro do pensamento winnicottiano existe uma expansão de tais perspectivas anteriores. Em um primeiro momento, vale dizer que, para Winnicott, o fato de o indivíduo poder se deprimir é visto como sinal de saúde - existe uma contribuição por parte do autor no sentido de uma teoria da “depressão saudável”; entende-se que é possível ter saúde na tristeza (Winnicott, 1964e); a depressão pode ser normal ou patológica (Winnicott, 1953a, 1955c). Inclusive, este distúrbio pode ser visto como evidência de sucesso relativo em processos de integração anteriores. Ao localizar a

¹ No Brasil, a idade média de ocorrência deste primeiro episódio depressivo é de 24 anos.

depressão como intermediária (entre psicose e neurose), Winnicott frisa a necessidade de relativa integração para a conquista da capacidade de deprimir-se:

Em algum lugar entre a psicose e a psiconeurose entra a depressão. Nesta, a estrutura da personalidade é relativamente bem-estabelecida. Podemos lidar com esta complicação dizendo que há depressões que são bastante psicóticas, com coisas tais como estados de despersonalização fazendo parte do quadro, e que há depressões que são praticamente psiconeuroses. (Winnicott, 1989vl, p. 54).

Neste sentido, está-se frente a um vasto cenário: “As depressões, portanto, vão do quase normal ao quase psicótico” (Winnicott, 1963c, p. 199)”, ou seja, é preciso que se ressalte o caráter amplo das possibilidades (e complicações) associadas à afecção. Outro ponto importante, diversas vezes ressaltado por Winnicott, é o fato de que, nas doenças mentais, existe, muitas vezes, a sobreposição de patologias em diversos níveis, ou seja, podemos encontrar não apenas aspectos psicóticos em uma personalidade essencialmente neurótica, mas, também, deve-se atentar para o fator dinâmico da patologia mental: podendo manifestar-se inicialmente como uma depressão e, em um segundo momento, caminhar para um quadro essencialmente psicótico, por exemplo. Comenta Winnicott:

Quero dizer também que há todos os graus de superposição, que não há distinções e que na doença psiquiátrica é falso rotular distúrbios como se fossem doenças de modo que é característico da classificação da medicina física. (Estou excluindo, naturalmente, as doenças cerebrais, que na verdade são doenças físicas com efeitos psicológicos secundários). (Winnicott, 1963c, p. 199).

Do ponto de vista etiológico, Winnicott, novamente, aponta para as falhas adaptativas ambientais, as quais resultam em interrupção do processo de amadurecimento pessoal, como fator fundamental. O autor, inclusive, faz um agrupamento classificatório acerca do distúrbio depressivo: “É necessário por isso classificar duas formas de depressão: a depressão reativa e a depressão esquizoide” (Winnicott, 1963c, p. 200). Noutro momento, mostra ser possível considerar as depressões reativas de dois modos distintos, o que nos leva aos seguintes modos de

manifestações depressivas: depressão reativa normal (ou simples), depressão reativa patológica e depressão psicótica (ou esquizoide); vale dizer que as ansiedades e complicações enfrentadas tendem a ser da mesma natureza: “Em qualquer um dos casos, o paciente se encontra em dificuldades com as ideias e impulsos destrutivos que acompanham a experiência dos relacionamentos objetivos” (Winnicott, 1989vl, p. 54).

De modo geral, a depressão reativa e sua terapêutica parecem se aproximar muito do distúrbio psiconeurótico: “Do ponto de vista da psicanálise, a psicoterapia da depressão deste tipo não é diferente da da neurose, exceto pelo fato de que, na transferência, a dinâmica mais poderosa está no relacionamento a duas pessoas baseado no que originalmente era o lactente e a mãe” (Winnicott, 1963c, p. 200).

Na depressão do tipo reativa simples, considerada a partir da ideia de certa saúde conquistada, ou dita depressão normal, percebe-se no indivíduo a capacidade de preocupação com o outro (ou *to concern*) ou, ainda, o estabelecimento do estágio do concernimento. Essa manifestação não apenas indica que “tudo vai bem”, mas também, pode ter contornos terapêuticos e de proteção do verdadeiro *self*. Nas palavras de Winnicott:

A depressão é um mecanismo de cura: o campo de batalha é como que coberto por um nevoeiro, permitindo uma triagem num ritmo mais lento, dando tempo para que todas as defesas possíveis possam acontecer e possibilitando a elaboração, de modo que em algum momento posterior ocorra o restabelecimento espontâneo. Clinicamente, a depressão (desse tipo) tende a desaparecer, um fenômeno bem conhecido pelos psiquiatras. (Winnicott, 1955c, p. 371).

Este tipo de manifestação depressiva associa-se, além da questão do concernimento, com a conquista da possibilidade de experimentação do chamado ciclo benigno: vivência dos sentimentos de destrutividade e culpa que podem ser associados a um possível processo de reparação bem sucedido:

A característica marcante desta teoria do círculo benigno na posição depressiva é a de que ela comporta em seu interior o fato de que na saúde, o indivíduo em desenvolvimento é capaz de um reconhecimento quase pleno dos fatores agressivos e destrutivos

presentes no amor instintivo e das fantasias inerentes a eles.
(Winnicott, 1988, p. 92).

Neste cenário, essa é uma dinâmica importante uma vez que possibilita ao bebê o sentimento de confiança e esperança com relação ao ambiente (Winnicott, 1988, p. 92), que sobrevive aos seus ataques. Por sua vez, a depressão reativa patológica, que indica distúrbio de afetividade, configura-se, inicialmente, devido à má vivência, ou à impossibilidade de que o ciclo benigno (impossibilidade de reparação adequada) e a conquista do concernimento aconteçam. Algo é sentido como perdido; por isso, evidenciam-se problemas associados ao ódio e à ambivalência.

Por sua vez, a depressão psicótica, ou esquizoide, pode apresentar complicações associadas ao período anterior à formação do eu: “A depressão aí está também associada à perda, mas a perda é de uma espécie mais obscura do que no caso da reação depressiva e se origina em uma data anterior ao desenvolvimento do indivíduo” (Winnicott, 1963c, p. 200). As defesas também organizam-se neste sentido: “No outro extremo deste grupo das depressões está a depressão psicótica em que há aspectos associados que ligam esta afecção com a esquizofrenia. Pode haver algum grau de despersonalização e sentimentos de irrealidade” (Winnicott, 1963c, p. 200). Este uso de defesas primitivas (psicóticas) organiza-se frente às ansiedades relacionadas à intolerância em relação à destrutividade; observa-se a paranoia associada à possibilidade de integração. Neste sentido, pode-se estabelecer uma linha muito tênue entre o transtorno depressivo e aquele compreendido como essencialmente psicótico: “Nos casos extremos desta última, o quadro clínico se parece com o da esquizofrenia e, de fato, não pode haver uma linha nítida de demarcação entre qualquer forma de uma doença mental e outra” (Winnicott, 1963c, p. 200).

Com relação aos aspectos terapêuticos associados ao distúrbio depressivo, busca-se o trabalho no sentido de possibilitar, através da vivência terapêutica, a capacidade de separar fatos de fantasias, de tolerar a destrutividade e de poder vivenciar a ambivalência sem maiores problemas (ansiedades). Busca-se o desenvolvimento de capacidades para que possam ser tolerados sentimentos bons (amor) e maus (ódio) emergentes a partir das relações interpessoais. Na depressão do tipo reativa, Winnicott recomenda bases da psicanálise tradicional para o tratamento: “Na extremidade normal da depressão estão aquelas doenças depressivas que implicam maturidade no indivíduo e implicam um grau de integração do self. Aqui, como na neurose, o psicanalista, mais

do que o assistente social, é indicado [...]” (Winnicott, 1963c, p. 199). Entretanto, quando a doença é de essência psicótica, o autor deixa claro que a cura deve estar associada à provisão ambiental adequada - assim como deve ser o manejo de pacientes psicóticos. Em ambas as variações, é fundamental a sobrevivência do analista frente aos ataques do paciente: “A parte importante da terapêutica do analista no tratamento da depressão é sua sobrevivência pelo período em que as ideias destrutivas dominam o cenário [...]” (Winnicott, 1963c, p. 200).

2) Psicopatia ou tendência anti-social

O campo das psicopatias, que pode se referir também ao comportamento e à personalidade compreendidos como antissociais (termo usado recorrentemente por Winnicott), recebe bastante atenção por parte do autor aqui em questão. Pode-se especular que tal fato deve-se à importância dada a fatores ambientais pelo autor e também por este associar a tendência antissocial com falhas, ou deprivações¹, ligadas ao ambiente a às questões associadas à dependência: “Um outro tipo de doença, a psicopatia, deve ser descrito. Para fazer isso é necessário tomar outra trilha e examinar o crescimento emocional do indivíduo em termos de dependência”. (Winnicott, 1963c, p. 203).

No campo da psiquiatria, as psicopatias geralmente são classificadas a partir da ocorrência de dois grupos principais de problemas, ou sintomas (Del Ben, 2005). O primeiro diz respeito a relacionamentos interpessoais, incluindo falta de empatia e de sentimentos de culpa e comportamentos associados, como trapacear, manipular ou mentir. Já o segundo grupo refere-se às dificuldade em adaptar-se às normas sociais e à impulsividade.

De volta ao campo psicanalítico, especificamente em Winnicott, a etiologia deste distúrbio está associada à perda de algo que já se teve; seria, então, o resultado de uma deprivação associada ao aspecto ambiental. Nas palavras do autor: “Examina-se também a origem da tendência antissocial. Acredito que esta seja uma reação à perda de algo e não o resultado de uma privação; neste sentido, a tendência antissocial é própria do estágio de dependência relativa (e não absoluta)” (Winnicott, 1965vi, p. 16). Não obstante, pode-se ir além e enunciar, inclusive, o ponto de origem da enfermidade: “O ponto de origem da tendência antissocial no desenvolvimento da criança pode estar até

¹ Nota-se que, neste caso, o termo “deprivação” é um neologismo. A palavra em inglês é *deprivation*.

na latência, quando o ego da criança já adquiriu autonomia possibilitando então à criança ser traumatizada, em vez de deformada, quanto ao funcionamento do ego” (Winnicott, 1965vi, p. 16).

Este tipo de classificação, no entanto, pode ser delicada devido à proximidade e algumas semelhanças com o campo das psicoses; deve-se atentar para a linha tênue que pode existir entre a privação e a deprivação. Existem casos nos quais não houve privação a ponto de que se desenvolva a psicose, mas sim uma deprivação, podendo dar origem ao transtorno chamado antissocial. Afirma Winnicott:

Uma dificuldade na formulação deste conceito é o fato de haver uma posição intermediária em que a provisão ambiental é boa de início mas falha depois. Tem êxito na organização do ego de extensão considerável e então falha em um estágio em que o indivíduo ainda não foi capaz de estabelecer um ambiente interno - isto é, de ficar independente. Isto é o que habitualmente é chamado de “perda” e não leva à psicose; leva ao desenvolvimento no indivíduo de uma “tendência antissocial”, que pode por sua vez forçar a criança a ter um distúrbio de caráter e se tornar um delinquente e reincidente. (Winnicott, 1963a, p. 232).

Outro ponto fundamental trabalhado pelo autor é a questão da terapêutica ou possíveis cuidados e tratamentos para esta afecção. Aqui, indica-se o fornecimento de um ambiente no qual o paciente possa vivenciar a experiência de perda de outro modo, deve-se manter a esperança; a psicanálise tradicional, assim como enunciada por Freud, por seu turno, não é recomendada:

Resumidamente, o tratamento da tendência antissocial não é a psicanálise. É o fornecimento de um ambiente que cuida, o qual poderá ser redescoberto pela criança, no qual ela pode vir a experimentar novamente os impulsos do id, e que pode ser por ela testado. É a estabilidade do novo ambiente que realiza a terapia. (Winnicott, 1958c, p. 416).

3) Paranoia (ou elementos persecutórios)

O termo “paranoia” é de uso muito antigo dentro do contexto da saúde mental. A palavra, de origem grega, significa loucura, ou desorganização do espírito. Segundo Laplanche e Pontalis, a paranoia pode ser descrita como um tipo de: “Psicose crônica caracterizada por um delírio mais ou menos bem sistematizado, pelo predomínio da interpretação e pela ausência de enfraquecimento intelectual, e que geralmente não evolui para a deterioração” (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 334). Contudo, divergências ainda podem ser notadas entre as diversas escolas quanto à extensão deste quadro nosográfico.

No campo da psicanálise tradicional, pode-se dizer que Freud, de acordo com Kraepelin, “sempre sustentou que o conjunto dos delírios sistematizados era independente do grupo das demências precoces classificando-os sob a denominação de paranoia” (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 335). Além disso, deve-se dizer que Freud inclui dentro do grupo das paranoias não somente o delírio de perseguição, como também a erotomania, o delírio de ciúme e o delírio de grandeza. Ainda segundo Laplanche e Pontalis, os delineamentos atribuídos à paranoia por Freud têm certas nuances: apesar de, em alguns momentos, o fundador da psicanálise buscar diferenciar, em termos de pontos de fixação e dinâmica geral, a paranoia da esquizofrenia, o autor não deixa de admitir que os sintomas de ambas afecções tendem a misturar-se em todas as proporções.

Em Winnicott, devem-se fazer dois apontamentos fundamentais com relação a este tema, e essas considerações marcam sua posição diferenciada. Em primeiro lugar, o autor não considera a afecção como uma doença em si e a coloca como um fator, ou elemento agravante, que pode estar presente em diferentes quadros psicopatológicos, como o de psicose ou o de depressão. O autor defende que: “[...] a paranoia por si só não é uma doença mas sim uma complicação ou de depressão ou de esquizofrenia” (Winnicott, 1963c, p. 202). Pode-se dizer que, diferentemente dos grandes grupos classificatórios fundamentais, a saber: psicose, neurose e depressão, a paranoia pode manifestar-se ao longo de qualquer ponto do desenvolvimento emocional.

Outro aspecto fundamental acerca dos apontamentos winnicottianos a ser mencionado é o fato de a paranoia originar-se a partir de falhas ambientais. Inclusive, pode-se fazer uma classificação em sete tipos diferentes de afecções paranoides, considerando-se, em cada caso, o momento associado à falha ambiental e consequente

interrupção no *ser*. Três tipos de paranoia podem ser relacionadas a falhas no estágio de dependência absoluta; duas a falhas no estágio do concernimento e uma ao estágio do EU SOU. Segundo o autor: “Contudo, pode haver uma origem mais profunda da paranoia que pode se associar à integração e ao estabelecimento de um eu unitário: EU SOU” (Winnicott, 1963c, p. 202).

4) Personalidade limítrofe (*borderline*)

A questão da personalidade limítrofe, ou *borderline*, é tratada desde o início, pelo campo da psiquiatria, como a enfermidade que estaria no limiar entre a normalidade e a patologia, ou como termo para se referir às pessoas que oscilam, ao longo da vida, entre estas duas condições. Pode-se afirmar que, desde os primeiros apontamentos de Hughes e Bleuler, a dominância do campo que diz respeito ao distúrbio *borderline* é o das psicoses, sempre com referências a estados esquizofrênicos associados a este quadro. Mais uma vez, a partir do escopo da psiquiatria, inclusive nos manuais de classificação internacionais, tal transtorno é definido apenas pela reunião e descrição de conjuntos de sintomas, não existindo movimento na direção da compreensão do sentido de tal sintomatologia.

Na psicanálise tradicional, também é possível que se observe semelhante tentativa: a da busca de uma classificação para aqueles pacientes que estão entre a psicose e a neurose. Segundo Laplanche e Pontalis, não existe muito acordo entre os principais autores acerca de uma significação rigorosa em termos nosográficos para a afecção aqui em questão. Cito os autores sobre a definição de caso-limite: “Expressão utilizada a maioria das vezes para designar afecções psicopatológicas situadas no limite entre neurose e psicose, particularmente esquizofrenias latentes que apresentam uma sintomatologia de feição neurótica” (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 60); ou seja, de modo geral, tratam-se de esquizofrenias nas quais sintomas reconhecidos como neuróticos mostram-se presentes. Ainda segundo esses autores: “Do ponto de vista teórico, considera-se geralmente que, nesses casos, os sintomas neuróticos desempenham uma função defensiva contra a irrupção da psicose” (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 60).

Winnicott, também, ao longo de sua obra, parece não deixar possibilidade para que se defina o conceito de *borderline* com exatidão - assim como observado em outras escolas, na psiquiatria e na psicanálise. Suas caracterizações sobre o distúrbio não se

encontram de forma organizada e, mesmo entre seus principais comentadores, não há consenso sobre a compreensão e a classificação da afecção.

Segundo o autor (Winnicott, 1969i), existe uma grande proximidade entre o distúrbio psicótico e aquele considerado limítrofe. Ambas as patologias teriam mesma etiologia (falha ambiental), sendo uma das diferenças fundamentais a presença da cisão: no caso da esquizofrenia, essa cisão é total, enquanto nos casos de *borderline* existe uma cisão parcial em termos de verdadeiro *self* e falso *self*. Pode-se considerar, então, que as patologias assim consideradas como limítrofes definem-se como doenças decorrentes de provisão ambiental não adaptada e nas quais a defesa essencial é a formação de um falso *self* que ali estaria para lidar com as angústias associadas às falhas no período de dependência absoluta. De acordo com o autor:

[...] pela expressão *borderline*, quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas onde o paciente está de posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, ou um distúrbio psicossomático, quando a ansiedade central psicótica ameaçar irromper de forma grosseira. (Winnicott, 1969i, p. 172).

Com relação a aspectos terapêuticos, vale destacar que o distúrbio do tipo *borderline* pode trazer complicações extremas para o analista. Existe a possibilidade de o tratamento limitar-se aos aspectos neuróticos da personalidade do paciente, enquanto a questão fundamental, isto é, psicótica, não é cuidada. A esse propósito, cito Winnicott:

A análise vai bem e todos estão satisfeitos. O único inconveniente é que a análise nunca termina. Ela pode ser terminada e o paciente pode mesmo mobilizar um falso si-mesmo psiconeurótico para fins de término e expressão de gratidão. Na realidade, porém, ele sabe que não houve mudança no estado subjacente (psicótico) e que analista e paciente alcançaram êxito em entrar em conluio para ocasionar um fracasso. (Winnicott, 1969i, p. 172).

5) Distúrbios psicossomáticos

Pode-se dizer que o transtorno psicossomático tem sido tratado com destaque recentemente. Diversas são as pesquisas e artigos publicados que abordam tal temática

(Ávila, 2010; Clemente, 2010; Galvan, 2009). Este é um campo ímpar e, de certo modo, polêmico, visto que, a partir do escopo da psiquiatria tradicional, fundamentada muitas vezes apenas na sintomatologia e geralmente não compreendendo como central a relação entre psique e soma, mostra-se difícil de ser trabalhado, diagnosticado e tratado. Em certo ponto, Winnicott, ao ressaltar a complexidade do tema, considera que existe uma grande dificuldade para se tratar de pacientes com tal distúrbio, enfatizando, também, que psiquiatras em geral têm dificuldade em enxergar o paciente em sua existência psicossomática, geralmente atentando ao aspecto físico apenas (Winnicott, 1966d, p. 82).

Por outro lado, na psicanálise tradicional, mais especificamente nos desenvolvimentos iniciais de Freud, foi possível a visualização, de modo mais direto, dos efeitos e possíveis consequências desta forte ligação entre mente e corpo. A manifestação histérica tratada à época, no caso a histeria de conversão, representa com clareza este enunciado.

Com relação aos aspectos nosográficos, aqui novamente, para a psicanálise de Freud, a histeria é assim classificada a partir de fundamentos que dizem respeito à *teoria da sexualidade infantil* (repressão) e às *dinâmicas de relação objetal* (fixação e retorno à fase fálica e aos modos de funcionamento também a ela associados). Vê-se adiante que, para Winnicott, a questão psicossomática é também vista de modo mais amplo.

Para o autor aqui em questão, tal afecção não diz respeito estritamente aos sintomas manifestos ou determinada disfunção fisiológica, e sim, principalmente, a uma cisão na organização do *ego* do paciente. Nas palavras do autor:

A enfermidade no transtorno psicossomático não é o estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico (colite, asma, eczema crônico), mas sim a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade. (Winnicott, 1966d, p. 82).

A cisão patológica, aqui, refere-se à provisão ambiental; cisão do cuidado físico recebido e a compreensão intelectual a este associada. É feita uma distinção entre o cuidado à psique e ao soma. Esta separação entre psique e soma, ou um desafinamento,

deve ser entendido como não saudável, ou seja, como uma dissociação no paciente; e a cisão, segundo o autor, configura-se como uma manifestação defensiva, muitas vezes com alto grau de elaboração e de difícil tratamento:

Este estado de doença no paciente é, ele próprio, uma organização de defesa com determinantes muito poderosos, e, por esta razão, é muito comum que médicos bem-intencionados e bem-informados, e até mesmo excepcionalmente bem-preparados fracassem em seus esforços para curar pacientes que tenham um transtorno psicossomático. (Winnicott, 1966d, p. 82).

Este processo de cisão, ou defesa, tendo em vista que Winnicott propõe sua teoria a partir de um conceito de saúde (ou, como ele mesmo diz em algumas passagens, a partir de quando “tudo vai bem”), pode ser entendido como uma falha no caminho rumo ao amadurecimento pessoal. O processo saudável deve ser acompanhado de certo sucesso neste delicado processo de alojamento da psique no corpo. A respeito dessa integração, o autor afirma:

A cisão entre psique e soma é um fenômeno regressivo que emprega resíduos arcaicos no estabelecimento de uma organização de defesas. Em contraste, a tendência no sentido da integração psicossomática faz parte do movimento para frente no processo desenvolvimental. (Winnicott, 1966d, p. 89).

Tal falha no processo de amadurecimento pode ser entendida, mais especificamente, como uma falha naquilo que o autor denomina de personalização: “A enfermidade psicossomática é o negativo de um positivo, com este último sendo a tendência no sentido da integração em vários de seus significados, inclusive aquele a que me referi (1963) como personalização” (Winnicott, 1966d, p. 88); ou seja, pode-se dizer que o ambiente deve ser visto como fundamental neste processo.

É possível, nesse momento, inferir que a perspectiva “positiva” associada a este processo está relacionada com a tendência - vale dizer: inata - de cada pessoa de atingir a unidade entre psique e soma, aí inclusos uma identidade experiencial (psique) e um funcionamento corporal total (soma). Segundo Winnicott, a partir de um corpo que

funciona, pode-se desenvolver uma personalidade que funciona e, neste aspecto e em consonância com Freud, o *ego* se baseia em um *ego* inicialmente corporal.

Não obstante, é possível classificar a enfermidade psicossomática de acordo com a teoria dos processos de amadurecimento. Este processo pode ser elaborado a partir de duas vias principais. A primeira, ao se considerar um estado inicial de não integração, com a tendência no sentido à integração mantida. Neste cenário, o resultado depende de: “Reforço do ego da mãe, baseado em sua capacidade de adaptar-se, fornecendo ao ego do bebê uma realidade na dependência” (Winnicott, 1966d, p. 89); ou do “Fracasso materno, o que deixa o bebê sem elementos essenciais para o funcionamento dos processos maturacionais” (Winnicott, 1966d, p. 89). A segunda via inclui a ideia de integração psicossomática, ou, como diz Winnicott, a “conquista da morada da psique no soma”, e que tal fato esteja acompanhado de uma unidade psique-soma nas vivências e experiências pessoais.

Segundo o psicanalista inglês, ao longo do processo de “surgimento” do *ego*, a partir de um início fundamentado em um *corpo-vivo*, este processo sendo sadio, acompanha também o reforço deste *ego* sadio sobre este *corpo-vivo* (influenciando, por exemplo, a coordenação, o tônus muscular, entre outros). Nas palavras do autor: “O fracasso desenvolvimental nestes aspectos resulta na incerteza da ‘morada’, ou conduz à despersonalização, na medida em que a morada tornou-se um aspecto que pode ser perdido” (Winnicott, 1966d, p. 89). O termo “morada”, aqui, diz respeito à residência da psique no soma. E essa vivência de alojamento da psique no corpo vem acompanhada daquilo que Winnicott denominou de estágio do *EU SOU*. Este momento traz um elemento associado à rivalidade e persecutoriedade, uma vez que a partir do reconhecimento de que existe um “*eu*”, logo o mundo exterior começa a ser sentido como um “*não-eu*” e pode, portanto, ser ameaçador.

Deste modo, o distúrbio psicossomático associa-se a um “Ego fraco (a depender grandemente de uma maternagem não suficientemente boa) com um estabelecimento débil de morada no desenvolvimento pessoal” (Winnicott, 1966d, p. 90). Pode ainda estar associado à “Batida em retirada do *EU SOU* e do mundo tornado hostil pelo repúdio que o indivíduo faz do *NÃO-EU* para uma forma especial de cisão que ocorre na mente, mas que se dá ao longo de linhas psicossomáticas” (Winnicott, 1966d, p. 90). Isto posto, pode-se considerar que tal enfermidade implica cisão na personalidade individual, com uma má vinculação entre psique e soma, e também na configuração de

uma defesa (cisão organizada na mente) contra a perseguição generalizada por parte do mundo repudiado (estado alcançado a partir da vivência do estágio EU SOU).

Notam-se, novamente, aspectos relacionados ao ambiente e aos processos de maturação e integração como guias para que Winnicott classifique tal afecção e a ela se refira como psicossomática. Com relação a aspectos clínicos e de tratamento, o autor aponta para uma terapêutica em que se busque a unidade perdida pelo paciente; é preciso que não se enfatizem demasiadamente os sintomas ou “a doença”, tendo em vista que tal prática tende a reforçar a vivência de cisão. Nas palavras do autor: “Na prática da psicossomática, o que o psicoterapeuta precisa é da cooperação de um médico físico não demasiadamente científico” (Winnicott, 1966d, p. 86).

CAPÍTULO III

Aspectos gerais e complementares da concepção winnicottiana acerca das classificações nosográficas e da compreensão do sofrimento psíquico humano

Neste terceiro capítulo, apresentam-se as contribuições de Winnicott acerca da nosografia psicanalítica, de modo funcional, voltada para a prática clínica. Tais considerações aparecem como complementares às classificações clássicas e são fundamentais para a identificação da natureza de determinada enfermidade, sua gênese, e possível tratamento.

Segundo o autor, especialmente no campo na psiquiatria, há certa limitação principalmente no que diz respeito às classificações fundamentadas na sintomatologia: “[...] tentar classificar indivíduos doentes na base do quadro clínico que eles apresentam não leva a resultados úteis” (Winnicott, 1965h, p. 124). Entretanto, é preciso ressaltar que, apesar de acrescentar aspectos complementares à nosografia psicanalítica clássica, Winnicott reitera a importância de todo constructo teórico estabelecido inicialmente por

Freud: “Para mim é importante deixar isso claro porque alguns podem pensar que ao expor um método de classificação que inclui a classificação do ambiente estou deixando de lado tudo que a psicanálise conseguiu no estudo do indivíduo” (Winnicott, 1965h, pp. 124-125). Deste modo, o autor reconhece as contribuições e as limitações da psicanálise tradicional acerca dos aspectos nosográficos.

Os aspectos considerados, neste trabalho, como contribuições winnicottiana à nosografia psicanalítica serão apresentados em ordem cronológica, de modo a ilustrar os caminhos tomados pelo autor ao longo do tempo, a saber: níveis de integração e maturidade relativa (1954, 1955 e 1961); classificação de acordo com as distorções ambientais (1959 e 1960); gradações do verdadeiro e falso *self* e o sentir-se vivo e real (1959 e 1960); classificação de acordo com as relações de dependência (1959, 1962 e 1963); e pessoas providas, privadas e deprivadas¹ (1963). A seguir, cada um desses aspectos será tratado com maior proximidade.

1) Níveis de integração e maturidade relativa (1954, 1955, 1961)

Ao longo de seu texto “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico”, de 1954, Winnicott apresenta uma valiosa contribuição para o campo da classificação e descrição dos casos em que ocorrem distúrbios mentais. Segundo o autor, de início, é possível que se pense em três distintos grupos: “*Primeiro*, há os pacientes que funcionam em termos de pessoa inteira, cujas dificuldades localizam-se no reino das relações interpessoais. A técnica para o tratamento desses pacientes faz parte da psicanálise desenvolvida por Freud no início do século” (Winnicott, 1955d, p. 375). Aqui, percebe-se que se está no campo em que a dominância diz respeito às neuroses. Em termos de integração, ao mencionar o funcionamento pessoal em termos de “pessoas inteira”, entende-se que houve significativo sucesso nas etapas anteriores associadas ao amadurecimento emocional, isto é, pode-se considerar, aqui, uma pessoa integrada.

Já o segundo grupo diz respeito às pessoas nas quais “a personalidade recém-começou a integrar-se e a tornar-se algo com o qual se pode contar” (Winnicott, 1955d, p. 375). Este momento refere-se ao tempo subsequente à aquisição do *status* de unidade, ou ao período do concernimento, no qual estão em jogo questões associadas à junção do amor e do ódio. Aqui, pode-se considerar o paciente como uma pessoa recém-integrada

¹ Com relação ao ambiente no qual foram vivenciadas tais experiências pessoais.

e a dominância diz respeito ao campo das depressões. De acordo com o autor, a técnica necessária para o tratamento desse tipo de paciente não difere fundamentalmente daquela associada ao primeiro grupo. Existe, entretanto, um fator diferencial no que concerne à sobrevivência do analista na condição de fator dinâmico no processo.

Por fim, no terceiro grupo, estão inclusas as pessoas nas quais a estrutura pessoal não está ainda integrada: “No terceiro grupo incluo todos aqueles pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, remota e imediatamente anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade” (Winnicott, 1955d, p. 375). O momento é anterior ao estabelecimento de uma unidade tempo-espço. Aqui, o campo é o das psicoses e pode-se considerar o paciente como predominantemente não integrado.

Isto posto, é possível que se pense em um modo de classificação que diz respeito a pessoas integradas, recém-integradas e não integradas.

Noutro momento, no texto “Influências de grupo e a criança desajustada”, publicado um ano adiante, em 1955, Winnicott expõe uma extensa classificação que, em sua maior parte, diz respeito a níveis de integração conquistadas ao longo do processo de amadurecimento. Alguns dos aspectos classificatórios, fundamentados nos níveis de integração percebidos, propostos pelo autor são, por exemplo: “Crianças que estão doentes no sentido de que não se integraram em unidades e que, portanto, não podem contribuir para um grupo” (Winnicott, 1965s, p. 223); “Crianças que desenvolveram um falso eu [...]. Nesses casos, há uma integração ilusória [...].” (Winnicott, 1965s, p. 223); “Crianças que estão doentes no sentido de serem retraídas. Neste caso, a integração foi realizada e a defesa estabelece-se segundo as linhas de uma redistribuição de forças benignas e malignas” (Winnicott, 1965s, p. 224); “Crianças que mantêm uma integração pessoal através da ênfase exagerada na integração, e uma defesa contra a ameaça de desintegração que assume a forma de estabelecimento de uma personalidade forte” (Winnicott, 1965s, p. 224); “Todas aquelas crianças que estão suficientemente integradas e socializadas para sofrer (quando estão doentes) com as inibições, compulsões e organizações de defesa contra a ansiedade, as quais são geralmente classificadas em conjunto sob a designação de psicoseiros” (Winnicott, 1965s, p. 225). Evidencia-se, aqui, a ênfase e a funcionalidade que o autor atribui para este tipo de classificação em termos de integrações conquistadas ao longo do desenvolvimento emocional.

Já em 1961, em seu trabalho intitulado “Variedades de psicoterapia”, Winnicott sugere de modo direto uma maneira de classificação em três distintas categorias, de acordo com a maturidade pessoal. Neste ponto, pode-se considerar que existe uma relação direta entre níveis de integração alcançados e a maturidade pessoal aqui referida. Segundo o autor:

Para ser bem claro, deverei dar a vocês uma visão panorâmica do distúrbio psicológico, das categorias de imaturidade pessoal, mesmo que isso envolva uma simplificação grosseira de uma questão altamente complexa. Eu estabeleço três categorias. A primeira dela traz-nos à mente o termo psicose. Aí se enquadram todos os distúrbios de indivíduos que foram suficientemente bem cuidados nos estágios iniciais da vida para terem condições, do ponto de vista do desenvolvimento, para enfrentar e, em certa medida, não conseguir conter as dificuldades que são inerentes à vida plena, uma vida que o indivíduo domina e não é dominado pelos instintos. Devo incluir nesta categoria as variedades “normais” de depressão. (Winnicott, 1984i-b, p. 266).

Esta primeira categoria, segundo Winnicott, diz respeito a pessoas que obtiveram sucesso em termos de conquistas relacionadas ao amadurecimento e desenvolvimento emocional, ou, em outros termos, sucesso significativo em termos de integração. A patologia aqui se refere às afecções neuróticas e depressivas do tipo reativas. Vale dizer que, neste ponto, a depressão reativa relaciona-se às pulsões destrutivas que acompanham os impulsos amorosos (geralmente entre mãe e bebê) e a psicose refere-se à ambivalência (ódio e amor) que acompanha as relações triangulares. O tipo de tratamento sugerido aos pacientes deste grupo é fundamentalmente a psicanálise assim como enunciada por Freud¹. Nos casos em que o tratamento “vai bem”, as defesas tornam-se menos rígidas e mais sujeitas ao sistema de controle deliberado do paciente, refletindo, portanto, em uma melhora do quadro clínico do paciente.

A segunda categoria diz respeito a pessoas que tiveram distorções no desenvolvimento inicial e é, portanto, denominada por Winnicott como a categoria

¹ Tornar conscientes conteúdos inconscientes reprimidos ao trabalhar-se com a transferência.

relacionada ao “fracasso nos cuidados com o bebê”. Aqui, o desenvolvimento inicial foi distorcido devido a cuidados defeituosos com o lactente; o *status* predominante é o de não integração. Verifica-se falha na estruturação do *eu* pessoal e na capacidade do *eu* para relacionar-se com os objetos que são do meio ambiente. Encontram-se aqui a esquizofrenia e outras manifestações psicóticas:

A segunda dessas categorias traz-nos à mente a palavra psicose. Aqui, algo aconteceu de errado quanto aos detalhes dos primeiros cuidados dispensados ao bebê, sendo o resultado uma perturbação na estrutura básica da personalidade do indivíduo. Essa omissão básica, como Balint lhe chamou, pode ter produzido uma psicose infantil, ou dificuldades em estágios posteriores podem ter exposto uma falha na estrutura do ego que tinha passado despercebida. Os pacientes nesta categoria nunca foram suficientemente saudáveis para tornarem-se psiconeuróticos. (Winnicott, 1984i-b, p. 266).

O tratamento sugerido por Winnicott para pacientes classificados nesse grupo diz respeito a proporcionar a oportunidade para que estes possam ter experiências que pertencem propriamente ao início da infância, vivenciando, desta forma, condições de extrema dependência. O *holding*, ou a sustentação, configura-se, portanto, como elemento fundamental associado à prática terapêutica neste tipo de caso. Acrescente-se, ainda, que o autor aponta que tais condições podem ser encontradas, também, em uma relação de amizade ou no fazer associado à assistência social, por exemplo.

A terceira categoria refere-se aos pacientes considerados intermediários, ou seja, indivíduos que tiveram um início suficientemente bom, mas que, em algum ponto, foram marcados por deprivações ambientais. Segundo Winnicott:

São as crianças, adolescentes ou adultos que poderiam legitimamente afirmar: “tudo estava bem até... , e minha vida pessoal só poderia desenvolver-se se o meio reconhecer sua dívida comigo”; mas, é claro, não é comum que a (de)privação e o sofrimento que ela produziu sejam acessíveis à consciência, de modo que, em vez dessas palavras, apuramos clinicamente uma atitude que revela uma tendência antissocial e que pode cristalizar-se em delinquência e em recidivismo. (Winnicott, 1984i-b, pp. 266-267).

Nesta situação, o sentimento predominante é de ressentimento com relação ao ambiente; exige-se uma reparação. O funcionamento patológico aqui em questão é a tendência antissocial, que pode, dependendo da gravidade do caso (quando não há mais esperança associada ao ambiente), desenvolver-se no sentido da delinquência. O tratamento sugerido, nestes casos, é variável, de modo a ser adaptado à história de privação da pessoa. Segundo Winnicott, é necessário o fornecimento de um ambiente que se configure como especializado, podendo este apresentar-se de dois modos distintos: ambiente que proporciona a socialização e ambiente que busca a preservação do indivíduo. É prudente que se diga que o trabalho, dentro deste contexto, é difícil e complicado.

2) Classificação de acordo com distorções ambientais (1959 e 1960)

Em consonância com a importância atribuída aos aspectos ambientais ao longo da edificação de seu constructo teórico, Winnicott, fundamentalmente em seu texto “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?”, sinaliza no sentido de que deve ser considerada uma classificação dos distúrbios mentais de acordo com as distorções associadas ao ambiente.

Deve-se considerar, entretanto, que, neste ponto, Winnicott parece buscar uma contribuição de modo a expandir os critérios classificatórios existentes, reconhecendo o valor daquilo já proposto pela psiquiatria e pela psicanálise neste campo: “Deve-se compreender que reconheço o valor imenso da classificação psiquiátrica clássica” (Winnicott, 1965h, p. 121). Não obstante, o autor ainda reforça a ideia da necessidade deste novo olhar relacionado à classificação que envolve as dinâmicas e possíveis patologias relacionadas aos processos psíquicos humanos: “Minha preocupação é com o efeito na classificação de algumas novas ideias (ou serão ideias velhas com uma nova ênfase, ou expressas em uma nova linguagem?)” (Winnicott, 1965h, p. 121). Este aspecto, inclusive, é citado pelo autor como essencial, não podendo ser ignorado, mesmo por aqueles que não partilham as teses fundamentais winnicottianas: “Acho válido classificar de acordo com o grau e qualidade da distorção ambiental, ou de sua deficiência, que pode ser reconhecida como etiologicamente significativa. É necessário adotar esse ponto de vista mesmo que seja para rejeitá-lo” (Winnicott, 1965h, p. 125).

Nesta mesma linha, Winnicott aponta para a necessidade de se compreender, ou visualizar, o quadro geral do paciente a partir de uma compreensão acerca dos estados ambientais vivenciados. Deve-se ter em mente, ao longo dos processos de classificação e diagnóstico, as experiências (neste ponto, podendo visualizar possíveis falhas adaptativas) e modos de relação pessoal do paciente com o ambiente: “Na classificação, contudo, estamos computando a fenomenologia total, e a melhor maneira de fazê-lo é de início classificar os estados ambientais” (Winnicott, 1965h, p. 125). Evidencia-se, assim, que, na maior parte das vezes, a patologia (quando não há doença no tecido cerebral) associa-se a anormalidades nas relações com o ambiente. Nas palavras do autor: “Atualmente, presumo, estamos chegando à ideia de que na psicose há defesas muito primitivas que são trazidas à ação e organizadas, *por causa de anormalidades ambientais*” (Winnicott, 1965h, p. 124).

Pode-se ilustrar esse aspecto classificatório winnicottiano em seu texto, de 1960, “O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê”. Nele, o autor considera a relação direta entre o ambiente (neste caso específico, a mãe) que falha ao adaptar-se às necessidades do bebê e as formações psicopatológicas. Neste aspecto, o ambiente não se apresenta como suficientemente bom; por um lado, observa-se a falha por excessos de intrusão e, por outro, a falha deve-se à incapacidade da mãe de voltar-se ao seu bebê. Segundo o autor:

Essa realidade pode ser afetada por dois tipos de distúrbios maternos. Num extremo, temos mãe cujos interesses próprios têm caráter tão compulsivo que não podem ser abandonados e ela é incapaz de mergulhar nessa extraordinária condição que quase se assemelha a uma doença, embora, na verdade, seja bastante indicativo de boa saúde. No outro extremo temos a mãe que tende a estar sempre preocupada, e nesse caso o bebê torna-se sua preocupação *patológica*. [...] A mãe patologicamente preocupada não permanece identificada a seu bebê por um tempo longo demais, como também abandona de súbito a preocupação com a criança, substituindo-a pela preocupação que tinha antes do nascimento desta. (Winnicott, 1965vf, p. 22).

Portanto, percebe-se, de modo geral, que, a partir das considerações feitas pelo autor relacionadas à importância associada ao ambiente, especialmente no campo das psicoses e de sua etiologia, os aspectos classificatórios devem adaptar-se de modo a

considerar também estes apontamentos. Para o autor: “Se é verdade que os distúrbios que estão compreendidos sob o amplo espectro de psicose (e aqui se incluem os vários tipos de esquizofrenia) são produzidos por deficiência ambiental no estágio de dependência dupla ou máxima, então a classificação tem que ser adaptada para coincidir com essa ideia” (Winnicott, 1965h, p. 123).

3) Gradações do verdadeiro e do falso *Self* e o sentir-se vivo e real (1959 e 1960)

A partir de sua importante formulação acerca dos conceitos de *verdadeiro-self* e *falso-self*, Winnicott nos apresenta uma ferramenta de grande uso ao pensar-se sobre questões diagnósticas e, principalmente, clínicas.

Nesse ponto, é importante retomar brevemente o que foi dito no capítulo primeiro deste trabalho. Segundo Winnicott, os possíveis desdobramentos e gradações (ou intensidades), envolvendo o verdadeiro *self* e o falso *self*, nem sempre estão associados a uma condição patológica. Existe um aspecto saudável associado ao funcionamento do *falso-self* que está atrelado à vida social e cotidiana dos indivíduos. Ou seja, fica evidente que certa gradação ou intensidade associadas ao *falso-self* podem delinear condições enfermas ou não, de modo que este deve ser um fator a ser considerado quando se pensam aspectos diagnósticos e/ou classificatórios.

Winnicott afirma ainda, em 1959 (Winnicott, 1965h, p. 122) e também em outros trabalhos, que o funcionamento em termos de *falso-self* é, muitas vezes, saudável e até mesmo necessário: “O falso *self* se constrói na base da submissão. Pode ter uma função defensiva, que é a proteção do *self* verdadeiro” (Winnicott, 1965h, p. 122). Neste mesmo texto, o autor se refere a diferentes graus em termos de funcionamento do *falso-self* na personalidade. Considerando-se o *falso-self* fundamentado na submissão do *verdadeiro-self* e entendendo-se que este fenômeno relaciona-se a estados patológicos, pode-se sugerir que diferentes gradações ou intensidade associada ao *falso-self* indiquem condições de doença ou saúde. Nesse sentido, vale lembrar que, em casos extremos e que podem ser considerados como de enfermidade, o *falso-self* pode se sobrepôr ao verdadeiro, de modo que, na ausência de um ambiente facilitador e suficientemente bom, configure-se uma submissão quase que total do eu verdadeiro e criativo. Winnicott considera que:

Na ausência deste estado especial da mãe (*preocupação materna primária*), a que já me referi, a criança não consegue emergir verdadeiramente do estado original. Na melhor das hipóteses, pode desenvolver um falso *self* que esconde todo vestígio que possa haver do *self* verdadeiro. (Winnicott, 1965vf, p. 28).

Deste modo, é importante ilustrar a maneira como o autor relaciona graduações do funcionamento *falso-self* com estados psicopatológicos. Em seu texto “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*”, de 1960, Winnicott apresenta, de modo direto, tal relação, enunciando cinco possíveis classificações do *falso-self*. Aqui, pode-se perceber que o autor vai de um extremo, no qual o *falso-self* se implanta como real e ocultando, assim, o verdadeiro, a outro, considerado mais próximo da normalidade ou da saúde. Vale a pena que se cite, mesmo que rapidamente:

“1- Em um extremo: o falso *self* se implanta como real e é isso que os observadores tendem a pensar que é a pessoa real (...); 2- Menos extremo: o falso *self* defende o verdadeiro *self*; o *self* verdadeiro, contudo, é percebido como potencial e é permitido a ele ter uma vida secreta (...); 3- Mais para o lado da normalidade: o falso *self* tem como interesse principal a procura de condições que tornem possível ao *self* verdadeiro emergir (...); 4- Ainda mais para o lado da normalidade: o falso *self* é construído sobre identificações (...); 5- Na normalidade: o falso *self* é representado pela organização integral da atitude social polida e amável”. (Winnicott, 1965m, pp. 130-131).

Outro aspecto que acompanha as manifestações em termos de falso e verdadeiro *self* é a questão do sentir-se vivo e real, como trabalhada por Winnicott. Partindo das considerações de que o *falso-self* se constrói por submissão e que “somente o *self* verdadeiro pode se sentir real” (Winnicott, 1965h, p. 122), pode-se dizer, ainda de acordo com o enunciado acima, que graus extremos de *falso-self* levam a condições e sentimentos de irrealidade, a ponto de o indivíduo não sentir sua vida como própria.

Winnicott, no texto “O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê”, também de 1960, aponta para a importância dos cuidados ambientais associados à etiologia do *falso-self* e, também, do sentimento de realidade. Para o autor:

(ii) A manipulação facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança. Isso contribui para a formação do sentido do “real”, por oposição a “irreal”. A manipulação deficiente trabalha contra o desenvolvimento do tônus muscular e da chamada “coordenação”, e também contra a capacidade de a criança gozar a experiência do funcionamento corporal, e de SER. (Winnicott, 1965vf, p. 27).

Mais adiante, na seguinte passagem de seu texto, de modo mais direto, o autor argumenta que:

(iii) A apresentação de objetos ou “realização” (isto é, tornar real o impulso criativo da criança) dá início à capacidade do bebê de relacionar-se com objetos. As falhas nesse cuidado bloqueiam ainda mais o desenvolvimento da capacidade da criança de sentir-se real em sua relação com o mundo dos objetos e dos fenômenos. (Winnicott, 1965vf, p. 27).

De modo geral, a contribuição aqui apresentada pelo psicanalista inglês é de grande utilidade quando associada a um diagnóstico funcional voltado às atividades clínicas. Ao considerar este tipo de desenvolvimento, evita-se, por exemplo, que se trate apenas do aspecto falso da personalidade de determinado paciente e possibilita-se o contato com seus aspectos verdadeiros.

4) Classificação de acordo com as relações de dependência (1959, 1962 e 1963)

Outro ponto importante a ser considerado reside na questão das relações de dependência do indivíduo com o mundo externo. Aqui, mais uma vez, Winnicott destaca que classificações dos modos de funcionamento psíquicos devem levar em consideração aspectos ambientais. Em outras palavras, Winnicott discorre a respeito da dependência e de sua importância para a classificação dos distúrbios psíquicos. Pode-se dizer que tal apontamento é feito uma vez que, segundo o autor, todo o processo de desenvolvimento e amadurecimento humano parte de uma relação inicial de dependência (mãe-bebê) que é, num primeiro momento, absoluta. Cito o autor na introdução de seu livro “O ambiente e os processos de maturação”:

Dependência na primeira infância é um fato, e nestes estudos tento inserir a dependência na teoria do desenvolvimento da personalidade. A psicologia do ego só faz sentido se firmemente apoiada no fato da dependência, tanto no estudo da infância como no dos mecanismos mentais primitivos e do processo psíquico. (Winnicott, 1965vi, p. 15).

Neste momento, deve-se considerar que os modos e as relações de dependência do indivíduo com o meio externo caminham de acordo com o processo de maturação do indivíduo. Winnicott, em seu texto “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?”, de 1959, expõe a importância e o quanto os aspectos relacionados à dependência estão envolvidos em possíveis classificações que consideram o ambiente. Em suas palavras:

Uma classificação em termos de ambiente requereria um conhecimento mais apurado do que aquele que existe no presente, tanto quanto sei, dos estágios de dependência. No momento acho válido usar os conceitos que expus em outros estudos, da independência se originando da dependência, que por sua vez se origina de dependência dupla. (Winnicott, 1965h, pp. 125-126).

Noutro momento, em texto de 1962, intitulado “Provisão para a criança na saúde e na crise”, o autor aborda com maiores detalhes tal progressão, a saber, a dependência rumo à independência relativa, nomeando os diferentes estágios e associando-os às necessidades do indivíduo. Para cada estágio de dependência, é possível que se classifiquem as relações com o ambiente, possíveis falhas ambientais e, conseqüentemente, patologias associadas a essas falhas. Para o autor:

Podemos considerar os graus de dependência em uma série: a) *Dependência extrema*. Aí as condições precisam ser suficientemente boas, senão o lactente não pode iniciar seu desenvolvimento inato. Falha ambiental: deficiência mental não-orgânica; esquizofrenia da infância; predisposição a doença mental hospitalizável mais tarde; b) *Dependência*. Aí, falhando as condições, traumatizam de fato, mas já há então uma pessoa para ser traumatizada; c) *Mesclas dependência-*

independência. Aí a criança está fazendo experimentações em independência, mas precisa que lhe seja possível reexperimentar dependência. Falha ambiental: dependência patológica; d) *Independência-dependência*. É a mesma coisa, mas com predomínio da independência. Falha ambiental: arrogância; surtos de violência; e) *Independência*. Significando um ambiente internalizado: uma capacidade por parte da criança de cuidar de si mesma. Falha ambiental: não necessariamente prejudicial; f) *Sentido social*. Aí está explícito que o indivíduo pode se identificar com adultos e com o grupo social, ou com a sociedade, sem perda demasiada do impulso pessoal ou originalidade ou sem perda demasiada dos impulsos agressivos e destrutivos que encontraram, presumidamente, expressão satisfatória em formas deslocadas. Falha ambiental: falta parcial de responsabilidade do indivíduo como pai ou mãe ou como figura paterna na sociedade. (Winnicott, 1965vc, p. 64).

Um ano depois de fazer essa classificação detalhada, envolvendo o tipo de relação com o ambiente (qualificando a dependência), possíveis falhas e patologias, Winnicott, em seu texto “Os doentes mentais na prática clínica”, sugere, também fundamentado no aspecto da dependência, uma classificação em três grupos mais abrangentes, a saber: pessoas que foram bem cuidadas, pessoas que sofreram privações e pessoas que sofreram deprivações. Esse agrupamento será melhor detalhado no item seguinte deste trabalho.

5) Pessoas providas, privadas e deprivadas (1963).

Em seu texto “Os doentes mentais na prática clínica”, de 1963, Winnicott nos fornece outra valiosa contribuição para o campo da classificação e descrição dos casos em que ocorrem patologias mentais. Pode-se sugerir, também, que, naquele momento, em 1963, as contribuições e construções teóricas do autor encontravam-se, de certo modo, bem estabelecidas e num estágio avançado no qual tal constructo teórico apresentava-se bem estabelecido.

É dentro deste contexto que Winnicott propõe uma classificação em três grupos, baseada nos tipos de relação, marcada pela dependência, do indivíduo com seu ambiente.

A partir desses apontamentos, é possível que se considere um primeiro grupo, no qual as coisas caminharam relativamente bem no sentido da saúde. Nesse caso, a dependência foi recebida de modo adequado e percebe-se o ambiente respondendo às necessidades pessoais para que o amadurecimento e desenvolvimento possam acontecer. É sensato descrever este grupo como o de pessoas que foram bem cuidadas ou que receberam provisão ambiental adequada. Ao referir-se a este grupo, o autor diz:

Em um extremo, em que a dependência é adequadamente recebida, a criança alcança relacionamentos interpessoais entre pessoas totais, e fica sadia ou madura o suficiente para sofrer ao lidar com conflitos que são pessoais e fazem parte da realidade psíquica própria do indivíduo, ou que estão no mundo interno próprio da pessoa. (Winnicott, 1963c, p. 203).

Um segundo grupo, então, deve ser destacado. Neste, em contraste com o primeiro citado, as coisas não caminharam bem em termos de saúde e, paralelamente, em termos de provisão e cuidados ambientais adequados. A falha ambiental aqui em questão é a privação e pode ser associada com o período de dependência dupla, ou seja, período bastante precoce e associado à primeira infância. Este grupo pode ser denominado de pessoas que sofreram privação relacionada aos cuidados ambientais suficientemente bons. Nas palavras do autor:

No outro extremo está a doença mental do tipo hospitalizável, psicose, que está etiológicamente ligada com a falha ambiental, falha em facilitar o processo de maturação, no estágio de dependência dupla. O termo dependência dupla indica que a provisão essencial estava completamente fora da percepção e compreensão do lactente naquela época. A falha aqui pode ser chamada de privação. (Winnicott, 1963c, p. 203).

Por último, é possível que se classifique um terceiro grupo, intermediário. Pode-se dizer que tudo estava “indo bem”, no sentido da saúde e de provisão ambiental suficientemente boa, mas algo deu errado e essa provisão interrompeu-se, ameaçando a continuidade de ser do indivíduo. Neste caso, a falha ambiental é reconhecida como de privação e podemos caracterizar tal grupo como o de pessoas que sofreram

deprivação associada aos cuidados ambientais necessários para o amadurecimento e desenvolvimento pessoal. A respeito desta consideração, afirma o autor:

Entre as duas há a falha no topo do êxito, falha do ambiente que foi percebida pela criança como tal, na época em que ocorreu. Para tal criança houve provisão ambiental suficientemente boa, e isto então cessou. A continuidade da existência que fazia parte do que era tido como certo, o ambiente suficientemente bom, ficou substituída por uma reação à falha ambiental, e essa reação interrompeu o sentimento de continuidade da existência. (Winnicott, 1963c, p. 203).

Este tipo de classificação, que envolve o ambiente e o tipo de relação de cuidado entre ele e o indivíduo, pode ser considerado fundamental dentro do corpo teórico winnicottiano. A qualidade desta relação, que pode ser mensurada em termos de pessoas que foram providas, privadas ou privadas, configura-se como ferramenta de suma importância em termos de diagnóstico, classificação e, conseqüentemente, prática terapêutica que deve ser adotada.

Pode-se fazer outra ilustração, a partir do texto “O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê”, de 1960. Aqui, Winnicott associa o sucesso, na direção da saúde e do amadurecimento pessoal, aos cuidados adequados e sentidos como suficientemente bons pelo bebê; por outro lado, evidencia-se que o caminho inverso também é verdadeiro: falhas nos cuidados ambientais podem ser etiologicamente associadas às patologias. O autor defende que:

Os bebês bem cuidados rapidamente estabelecem-se como pessoas, cada um deles diferente de todos os outros que já existiram ou existirão, ao passo que os bebês que recebem apoio egóico inadequado ou patológico tendem a apresentar padrões de comportamento semelhantes (inquietação, estranhamento, apatia, inibição, complacência). (Winnicott, 1965vf, pp. 24-25).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir, fundamentalmente, de suas contribuições teórico-clínicas, Winnicott traz novas perspectivas para o campo da nosografia psicanalítica e, conseqüentemente, para a prática terapêutica propriamente dita. Ao indicar redescrições acerca da classificação e descrição das afecções mentais, o autor também fornece ferramentas para o trabalho no caminho rumo à saúde mental e, ainda, de sua prevenção.

Partindo de um contexto que remete à psiquiatria e à psicanálise tradicional, Winnicott afasta-se da compreensão de nosografia como um constructo sintomatológico (psiquiatria) ou associado às dinâmicas de relações objetais na administração da sexualidade (psicanálise tradicional).

Deve-se dizer que, uma vez traçadas novas perspectivas ontológicas (item 4, do capítulo 1 deste trabalho), faz-se necessária uma descrição acerca dos conceitos de saúde e doença e, conseqüentemente, dos aspectos diagnósticos, classificatórios e nosográficos. Trata-se de um novo delineamento sobre questões psicopatológicas a

partir desta diferenciada ontologia. Aqui, o essencial não diz respeito a distúrbios do aparelho psíquico (mau funcionamento intrapsíquico) ou à administração da sexualidade associada às relações objetais, mas sim a distúrbios nas relações (humanas e com o ambiente) e às perturbações no modo de ser e estar no mundo¹ (interrupção do ser e aniquilamento do ser). Deve-se, inclusive, frisar que, em Winnicott, este ser é psicossomático.

Neste ponto, é importante dizer que nova dimensão é dada sobre o que é saúde e o que é doença. Winnicott considera que o campo das patologias mentais apresenta-se de modo complexo e, apesar de fundamental um esforço no sentido de descrevê-las e classificá-las, esta é uma tarefa delicada. Argumenta o psicanalista inglês:

E ocorrem alternâncias no indivíduo entre uma manifestação neurótica e uma doença mais psicótica (por exemplo, uma neurose obsessiva degenerando em uma fase de depressão agitada e se recuperando de volta à neurose obsessiva, etc.). Pois doenças mentais não são como tísica, febre reumática ou escorbuto. São padrões de conciliação entre êxito e fracasso no estado do desenvolvimento emocional do indivíduo. (Winnicott, 1963c, p. 200).

Entretanto, o autor sugere a possibilidade de se descrever as patologias de modo objetivo ao considerá-las como distúrbios do desenvolvimento emocional atrelado a fatores ambientais: “Não existe uma descrição simples das doenças da psique, exceto quando dizemos que clinicamente se trata de um distúrbio do desenvolvimento emocional, mesmo quando a causa é, obviamente, a existência de fatores ambientais adversos” (Winnicott, 1988, p. 34).

Não obstante, outros contornos também são dados à noção de saúde. Não se trata, por exemplo, apenas de um corpo biologicamente sadio. Neste ponto, são considerados aspectos associados à questão do ser e da continuidade de ser e de sentir a vida como própria e real (mesmo que esta seja sofrida) e à maturidade emocional do indivíduo (maturidade associada e propiciada pelas condições ambientais adequadas). Nas palavras do autor:

¹ Os objetos, ou as relações objetais, também compõem os modos de ser e estar no mundo.

Deste modo, saúde é maturidade emocional, maturidade de acordo com a idade; e doença mental tem, subjacente, uma detenção da mesma. A tendência no sentido do amadurecimento persiste e é este que provê o impulso no sentido da cura, e da autocura se não há auxílio disponível. É isto que está por trás do processo que se pode esperar ocorrer, se se pode proporcionar o ambiente facilitador, bem adequado às necessidades imediatas do estágio de maturação da pessoa. (Winnicott, 1963c, p. 200).

Ainda neste aspecto, pode-se considerar que, para Winnicott, o sofrimento psíquico também toma novos contornos. Enuncia-se a introdução da questão do ser, do indivíduo poder sentir-se vivo e verdadeiramente real, atuando criativamente em sua vida a partir de seu verdadeiro *self*. Deste modo, o sofrimento psíquico, quando legítimo, pode configurar-se como um fenômeno que constitui uma vivência sentida como real e própria do indivíduo.

Segundo o autor, é necessário que se classifique, ou que se considerem, ao visualizarem-se aspectos nosográficos a partir do campo da psicanálise, as relações do indivíduo com seu ambiente; e isto fica evidente em cada uma de suas redefinições associadas às categorias classificatórias de doenças. Inclusive, pode-se pensar em uma série de categorias classificatórias que se definem a partir desta formulação fundamental (itens 1-5 do capítulo 3).

Em termos nosográficos, o autor considera que uma primeira e importante classificação dos distúrbios psíquicos deve ser feita entre neurose e psicose, indicando que as demais afecções relacionam-se, mais ou menos intensamente, com um destes dois grandes grupos. Este é um primeiro passo enunciado pelo autor no sentido de uma classificação funcional: “Naturalmente, em psiquiatria não existem fronteiras claras entre estados clínicos, mas a fim de chegar a algum lugar, temos de fingir que existem” (Winnicott, 1989vl, p. 53). As depressões devem ser consideradas logo a seguir uma vez que, para Winnicott, é a condição que está fundamentalmente entre os dois grandes grupos mencionados anteriormente.

Pode-se dizer que, para Winnicott, a classificação e descrição das doenças vão além do proposto anteriormente pela psiquiatria e pela psicanálise freudiana. A neurose, por exemplo, não diz respeito apenas a problemas associados ao recalque e à regressão à fixação aos modos de funcionamento associados à fase fálica, ou a um conjunto de

manifestações sintomatológicas; para Winnicott, fazem parte também da composição de tal afecção marcas psicóticas da personalidade, herança de toda uma história e amadurecimento pessoal até o ponto onde se é possível ser neurótico. Já a psicose não diz respeito apenas ao investimento libidinal no *eu*, por exemplo; é marcada pelas relações com o ambiente e, ainda, origina-se devido a falhas na provisão adequada ambiental no início da vida. Por fim, o modo de se visualizar as classificações e descrições dos distúrbios depressivos também é reconsiderado. Outros aspectos, além da perda e/ou da fixação objetal associada aos possíveis caminhos da libido, são considerados. Para Winnicott, primeiro deve-se considerar que a possibilidade de deprimir-se é sinônimo de saúde e que as depressões podem ser reativas normais (saudáveis) ou patológicas - aproximando-se aqui do contexto neurótico -, ou então psicóticas. A questão central associada a tais afecções diz respeito à administração da destrutividade nas relações e na capacidade de se preocupar com o outro (*concern*).

De modo geral, nas redescrições realizadas pelo autor a respeito das demais patologias aqui tratadas - a saber: psicopatia (ou tendência antissocial), paranoias (ou elementos persecutórios), personalidade limítrofe (ou *borderline*) e distúrbios psicossomáticos -, percebe-se que, fundamentalmente, são considerados aspectos ambientais, principalmente associados à etiologia das afecções. Deve-se, ainda, frisar a questão da herança de elementos psicóticos trazidos ao longo do caminho do desenvolvimento emocional do indivíduo.

Além disso, em termos de descrição e classificação das doenças, conforme discriminado no último capítulo deste trabalho, é possível - e recomendável - que se se classifique tendo em vista os itens enunciados: qual tipo de provisão ambiental associa-se ao paciente, seu funcionamento em termos de verdadeiro *self* e falso *self*, suas experiências ao longo das fases de dependência, qual tipo de distorção ambiental é percebida e como se apresentam aspectos relacionados à integração e à maturação desta pessoa.

Vale frisar que, ao se evidenciarem tais redescrições e escopo segundo o qual se analisa as doenças mentais, o horizonte a ser vislumbrado diz respeito a como o aperfeiçoamento da ferramenta teoria pode trazer benefícios para a terapêutica associada a esses tipos de distúrbios. Buscou-se, portanto, apontar quais as principais patologias abordadas por Winnicott, não como entidades clínicas típicas, mas como *referências fundamentais ao tratamento*. Como citado em cada um dos itens anteriormente, buscou-se, na verdade, apontar para o modo diferenciado proposto por Winnicott para a

classificação de estados enfermos, visando o tratamento e a cura das mencionadas afecções psíquicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Ávila, L. A. a. T., João Ricardo. (2010). Histeria e somatização: o que mudou? *J. Bras. Psiquiatr.*, 59(4), p.333-340.
- Barbieri, V. (2008). Por uma ciência-profissão: o psicodiagnóstico interventivo como o método de investigação científica. *Psicol. Estud.*, Maringá, 13(3).
- Brandão, A. R. P., & Arapiraca, C. (2008). A importância da história na abordagem das Ciências Humanas: um olhar a partir de Wilhelm Dilthey. *Cadernos UFS - Filosofia*, 3(X), 71-78.
- Caldwell, L. (Ed.). (2005). *Sex and Sexuality: Winnicottian Perspectives (Winnicott Studies Monograph Series)*. London: Karnac Books.
- Caldwell, L. (Ed.). (2008). *Winnicott and the Psychoanalytic Tradition*. London: Karnac Books.
- Caldwell, L., & Joyce, A. (2011). *Reading Winnicott*. London: Routledge.
- Camargo, S. P. H., & Bosa, C. A. (2009). Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. *Psicol. Soc.*, 21(1), 65-74.
- Clancier, A., & Kalmanovithc, J. (1984). *Le paradoxe de Winnicott. De la naissance à la creation*. Paris: In Press Éditions, 1999.
- Clemente, J. P. L. a. P., Rodrigo Sanches. (2010). Funcionamento psíquico e manejo clínico de pacientes somáticos: reflexões a partir da noção de desafetação. *Psicol. Clin.*, 22(2), p.57-69.
- Del Ben, C. M. (2005). Neurobiologia do transtorno de personalidade anti-social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 27-36.
- Dethiville, L. (2008). *Donald W. Winnicott. Une nouvelle approche*. Paris: CampagnePremière.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

- Ellenberger, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Ellenberger, H. F. (1994). *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Mesnil-sur-l'Estrée: Fayard, 1994.
- Ey, H. (s/d). *Manual de Psiquiatria* (P. C. Geraldês, Trans. 5 ed.). Rio de Janeiro: Masson do Brasil.
- Foucault, M. (1988). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Freud, S. (1898a). A sexualidade na etiologia das neuroses. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 3). Rio de Janeiro.
- Freud, S. (1905d). Três ensaios sobre a sexualidade. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923b). O ego e o id. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1924b). Névrose et psychose. *Sigmund Freud - Oeuvres complètes. (OCF.P)* (Vol. 17). Paris: PUF.
- Fulgencio, L. (1998). O abandono da hipnose e a leitura metapsicológica dos sintomas. *Percurso*, 11(21), pp. 59-66.
- Fulgencio, L. (2005). Freud's metapsychological speculations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(1), 99-123.
- Fulgencio, L. (2007a). Paradigmas na história da psicanálise. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 9(1), 97-128.
- Fulgencio, L. (2007b). Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's metapsychology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(2), 443-461.
- Fulgencio, L. (2008a). Le rejet par Winnicott des concepts fondamentaux de la métapsychologie freudienne. *L'Année Psychanalytique Internationale*. Paris: Editions In Press.
- Fulgencio, L. (2008b). *O método especulativo em Freud*. São Paulo: EDUC.
- Gadamer, H.-G. (2008). *Verdade e Método I e II*. São Paulo: Vozes.
- Galvan, G. M., Maria Lúcia. (2009). Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 26(3), p.391-398.
- Garcia, R. (2011). Países ricos têm maiores índices de depressão. *Folha de São Paulo*.
- Girard, M. (2006). *L'accueil en pratique institutionnelle. Immaturité, schizophrénies et bruissements du monde*. Nîmes: Champ Social Éditions.

- Girard, M. (2010). Winnicott's foundation for the basic concepts of Freud's metapsychology?. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(2), 305-324.
- Green, A. (2005a). Winnicott at the Start of the Third Millennium. *Sex and Sexuality: Winnicottian Perspectives (Winnicott Studies Monograph Series)*. London: Karnac Books.
- Green, A. (2005b). Winnicott en transition, entre Freud et Melanie Klein. *Jouer avec Winnicott* (pp. 43-66). Paris: PUF.
- Hegadoren, K. e. a. (2009). The many faces of depression in primary care. *Texto Contexto - enferm.*, 18(1), 155-164.
- Klein, M. (1952). As origens da transferência. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (1996a). Estágios iniciais do conflito edipiano (1928). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (Vol. 1). São Paulo: Imago.
- Klein, M. (1996b). O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas (1945). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kuhn, T. S. (1973). Reconsiderações acerca dos paradigmas. *A tensão essencial*. Lisboa: Edições 70.
- Lacaz, F. S., Bressan, R. A., & Mello, M. F. d. (2005). A psicoterapia interpessoal na depressão em pacientes com esquizofrenia: proposta de um modelo terapêutico a partir de três casos clínicos. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul* 27(3), 252-261.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1986). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lawn, C. (2007). *Compreender Gadamer*. Petrópolis: Vozes.
- Lima, A. F. B. d. S., & Fleck, M. P. d. A. (2009). Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul* 31(3).
- Loparic, Z. (1997). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Revista de psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 4(2), 375-387.
- Loparic, Z. (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de história e filosofia da ciência*, 11(2), 7-58.
- Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 8 (Especial 1), 21-47.
- Loparic, Z. (2007). Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 7(2), 311-358.

- Loparic, Z. (2008). O paradigma winnicottiano e o futuro da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 137-150.
- Motta, M. d. G., Lucion, A. B., & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 27(2), 165-176.
- Naffah, A. (2010). Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. *Natureza Humana*, 12(2), 1-18.
- Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. G. (1981). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Outeiral, J., & Abadi, S. (1997). *Donald Winnicott na América Latina*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Phillips, A. (1988). *Winnicott*. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.
- Pinho, A. (2011, 10 de Maio). Doenças psiquiátricas roubam mais anos de vida do brasileiro. *Folha De São Paulo*.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Ruschi, G. E. C. e. a. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul* 29(3), 274-280.
- Trinca, W. (1984). *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU.
- Winnicott, D. W. (1953a). Psicoses e cuidados maternos *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1953c). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1955c). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1955d). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- Winnicott, D. W. (1958b). A agressividade em Relação com o Desenvolvimento Emocional. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- Winnicott, D. W. (1958c). A tendência anti-social. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

- Winnicott, D. W. (1958h). Análise da criança do período de latência. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1958m). Pediatria e neurose na infância. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- Winnicott, D. W. (1958q). Definição teórica do campo da psiquiatria infantil. *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- Winnicott, D. W. (1963a). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicalítica. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- Winnicott, D. W. (1963c). Os doentes mentais na prática clínica. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.
- Winnicott, D. W. (1964e). O valor da depressão. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- Winnicott, D. W. (1965d). Os objetivos do tratamento psicanalítico. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965h). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965m). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "self". *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965n). A integração do ego no desenvolvimento da criança. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965s). Influências de grupo e a criança desajustada. *A família e o desenvolvimento do individual*. São Paulo: Martins Fontes. 2001.
- Winnicott, D. W. (1965va). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1965vc). Provisão para a criança na saúde e na crise. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965vd). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artews Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965vf). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. *A família e o desenvolvimento individual* São Paulo: Martins Fontes. 2001.
- Winnicott, D. W. (1965vi). Introdução. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. 1983.

- Winnicott, D. W. (1966d). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1969i). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1971f). O conceito de indivíduo saudável. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- Winnicott, D. W. (1971g). A criatividade e suas origens. *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1974). O medo do colapso. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1984i-a). Tipos de psicoterapia. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- Winnicott, D. W. (1984i-b). Variedades de psicoterapia. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- Winnicott, D. W. (1989vl). Psiconeurose na infância *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Yano, Y., Meyer, S. B., & Tung, T. C. (2003). Modelos de tratamento para o transtorno do pânico. *Estud. Psicol. (Campinas)* 20(3), 125-134.