

**VICTOR DA SILVA CAMARGO**

**O “concern” para Winnicott em diálogo com Melanie  
Klein**

**PUC-CAMPINAS**

**2015**

**VICTOR DA SILVA CAMARGO**

**O “concern” para Winnicott em diálogo com Melanie  
Klein**

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

Orientadora: Prof. Dra.Tania Vaisberg

**PUC – CAMPINAS**

**2015**

## Ficha Catalográfica

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e

Informação - SBI - PUC-Campinas

t157.9  
C172c

Camargo, Victor da Silva.

O "concern" para Winnicott em diálogo com Melanie Klein / Victor da Silva Camargo. - Campinas: PUC-Campinas, 2014.  
93p.

Orientadora: Tânia Maria Aiello Vaisberg.  
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia clínica. 2. Depressão mental. 3. Psicanálise. 4. Instituto. I. Vaisberg, Tânia Maria Aiello. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

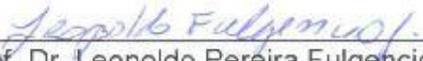
VICTOR DA SILVA CAMARGO

O "CONCERN" PARA WINNICOTT EM DIÁLOGO  
COM MELANIE KLEIN

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Presidente Profa. Dra. Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Dirceu Antonio Scali Junior

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Leopoldo Pereira Fulgencio Junior.

## Agradecimentos

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

Ao Prof. Leopoldo Fulgencio, por compartilhar seu conhecimento.

Agradeço também ao Prof. João Barretta e a Profa. Tânia Granato, pelas colocações esclarecedoras em minha qualificação.

Agradeço a Profa. Tânia Veisberg pelo auxílio nos trâmites finais desta pesquisa.

Agradeço à PUC Campinas e a CAPES.

## RESUMO

CAMARGO, V. da S. (2014). *O “concern” para Winnicott em diálogo com Melanie Klein*. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas, São Paulo.

Este trabalho, uma pesquisa de natureza teórica, visa esclarecer as considerações de Winnicott sobre a fase do *concern*. Tal conceito foi desenvolvido pelo autor com o intuito de ressaltar aspectos positivos no fenômeno descrito por Melanie Klein sob a denominação posição depressiva; para Winnicott algo se perde ao importarmos da psiquiatria o termo depressão para descrevermos uma conquista que pertence ao processo natural de amadurecimento do ser humano. A fim de notar os avanços que Winnicott propõe em sua descrição própria da posição depressiva foram lidos, por meio de uma análise crítica, os principais textos do autor relativos ao fenômeno em questão, buscando relacioná-los a sua obra, a de Melanie Klein bem como dos principais comentadores destes autores. As ideias de Winnicott correspondentes a este processo, em sua característica mais ampla e, indicando que tal desenvolvimento representa uma ampliação daquilo já feito por Klein, é que este se dá em uma relação dual (mãe-bebê), anterior, portanto, ao complexo de Édipo e constitui a base do fazer construtivo. A hipótese trabalhada neste estudo é a de que Winnicott, ao desenvolver uma teoria do desenvolvimento, sendo esta descrita em função do ego e de sua permanente tendência à integração, bem como fazendo notar a importância fundamental da relação mãe-bebê, acaba por ampliar as teorias que o fazem em função do id ou do instinto (tanto em fase como em posições) e oferece a possibilidade, ao descrever o estágio do *concern* como o momento da integração da vida instintual, a possibilidade de observarmos, na saúde, o desenvolvimento do ser construtivo, comunicativo, social – neste contexto, com a vida instintual a seu serviço, a serviço do ego – , e, na doença, nos fornece uma teoria que auxilia a compreensão, a ação sobre, bem como a possibilidade da prevenção, de patologias associadas ao humor deprimido.

**Palavras-chave:** Winnicott. Klein. Posição depressiva. *Concern*. Redescrição.

## ABSTRACT

CAMARGO, V. da S. (2014). *O “concern” para Winnicott em diálogo com Melanie Klein*. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas, São Paulo.

This work, a survey of theoretical nature, seeks to clarify the considerations of Winnicott on the stage of concern. This concept was developed by the author in order to emphasize positive aspects in the phenomenon described by Melanie Klein under the name depressive position; For Winnicott something is lost when we import the psychiatry the term depression to describe an achievement that belongs to the natural ripening process of the human being. To note the progress that Winnicott proposes in his own description of the depressive position were read by means of a critical analysis, the main author of the texts relating to the phenomenon in question, seeking to relate them to his work, that of Melanie Klein as well as the principal authors of these commentators. Winnicott's ideas related to this process, in its broadest and indicating that such a development is an extension of what already done by Klein, feature is that this takes place in a dual (parent-child) relationship, previous, so the complex Oedipus and forms the basis of constructive deed. A crafted hypothesis in this study is that Winnicott, to develop a theory of development, which is described as a function of the ego and its constant tendency towards integration, as well as noting the fundamental importance of the mother-infant relationship, eventually expanding theories that are a function of ID or instinct (both in-phase and positions) and offers the possibility to describe the stage of concern as the time integration of instinctual life, the ability to observe, in health, the development of be constructive, communicative, social - in this context, with the instinctual to his service, the service life of the ego - and, in sickness, provides us with a theory that helps understanding, acting on, and the possibility of prevention, pathologies associated with depressed mood .

**Keywords:** Winnicott. Klein. Depressive position. Concern. Redescription.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1 OBJETIVO.....	15
1.2 JUSTIFICATIVA .....	16
1.3 PERSPECTIVA ONTOLÓGICA DE WINNICOTT .....	25
1.4 METODOLOGIA.....	29
1.5 DESENVOLVIMENTO.....	32
<b>2 MELANIE KLEIN E A POSIÇÃO DEPRESSIVA .....</b>	<b>34</b>
2.1 ASPECTOS GERAIS DO PENSAMENTO DE KLEIN .....	34
2.2 A POSIÇÃO DEPRESSIVA PARA MELANIE KLEIN.....	41
<b>3 ASPECTOS GERAIS DO QUADRO TEÓRICO E EPISTEMOLÓGICO DA PSICANÁLISE PARA WINNICOTT .....</b>	<b>49</b>
3.1 REDESCRIÇÃO DA TEORIA DO DESENVOLVIMENTO .....	49
3.2 A COMPREENSÃO DE WINNICOTT SOBRE OS INSTINTOS E SUA NOÇÃO DE SAÚDE.....	54
3.2.1 <i>Os Instintos</i> .....	54
3.2.2 <i>Noção de saúde</i> .....	60
<b>4 WINNICOTT E A FASE DO CONCERN.....</b>	<b>65</b>
4.1 A RELAÇÃO ENTRE WINNICOTT E KLEIN .....	65
4.2 WINNICOTT E A FASE DO CONCERN.....	67
4.2.1 <i>O início da fase do concern</i> .....	67
4.2.2 <i>A ambiguidade do amor e do ódio (ambivalência), o estabelecimento do círculo benigno e o alcance da capacidade para o concern ou posição depressiva</i> .....	70
4.3 MANEJO DA FASE DO CONCERN.....	77
4.3.1 <i>Alguns aspectos do manejo do ambiente terapêutico em Winnicott ....</i>	77
4.3.2 <i>Aspectos específicos do Manejo do concern ou posição depressiva...</i>	83
4.3.3 <i>A formação da moral</i> .....	84
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Winnicott (1896-1971) em 1962, ao fazer um balanço das contribuições de Melanie Klein (1882-1960) para o desenvolvimento da psicanálise, nota a posição depressiva como a mais relevante delas, para ele a ideia a respeito deste fenômeno “se iguala ao conceito de Freud sobre o complexo de Édipo” (Winnicott, 1983e, p.160). Winnicott também atribui a posição depressiva grande importância, para o autor as experiências que constituem a chegada a este estágio do desenvolvimento representam uma conquista, segundo sua proposta, é durante esta fase que o indivíduo passará a reconhecer (integrar) a vida instintual a seu ego, passando então tanto a responsabilizar-se por suas consequências, como também, a utilizá-la para seu proveito uma vez que este processo está na base da capacidade para todo o brincar bem como do trabalho construtivo (Winnicott, 1983b).

Winnicott, no entanto, ao referir-se aos fenômenos que Klein agrupou sob a rubrica posição depressiva, e a partir de seu entendimento próprio acerca do conceito, sugere o termo *concern* no lugar do termo original. Nesse sentido, a descrição da chegada ao estágio do *concern* pode ser entendida como a leitura própria de Winnicott daquilo anteriormente concebido por Melanie Klein como posição depressiva. Não estamos, portanto, tratando aqui apenas de uma questão semântica, Winnicott redescreve o conceito original de Klein introduzindo novos elementos. Greenberg & Michell (1983, p. 139), reconhecendo este proceder de Winnicott, em relação à própria história da psicanálise, comentam:

Winnicott conserva a tradição de maneira curiosa, em grande parte distorcendo-a. A sua interpretação dos conceitos freudianos e kleinianos é tão idiossincrática e tão pouco representativa da formulação e intenção originais deles a ponto de torná-las às vezes, irreconhecíveis. Ele reconta a história das ideias psicanalíticas não tanto como se desenvolveu, mas como ele gostaria que tivesse sido, reescrevendo Freud para torná-lo um predecessor mais claro e mais fácil da própria visão de Winnicott.

Quanto ao tema em questão, pode-se dizer que Winnicott emprega o termo *concern* com o intuito de ressaltar os aspectos positivos de um fenômeno descrito de forma negativa pela denominação posição depressiva (Winnicott, 1983b, p. 70). Para

ele, os fenômenos descritos com essa rubrica deveriam ser referidos, primariamente e primeiramente, com um foco na saúde. Por tratar-se de uma integração psíquica (uma conquista), tal experiência está, como será apresentado ao longo desta pesquisa, na base de diversos aspectos da personalidade saudável do indivíduo. Em sua descrição do fenômeno, Winnicott nota que a integração da vida instintual realizada durante a aquisição da capacidade para o *concern* fornece as condições para aquilo que denominou como fazer construtivo, o brincar, a moralidade e a participação da vida cultural. Por outro lado, sua descrição nos ajuda também a, na doença, compreender determinadas situações onde encontramos uma inibição dos instintos e um empobrecimento geral da personalidade.

Considerando, pois, que a posição depressiva de Klein corresponde, por um lado, a fase do *concern* de Winnicott, mas por outro, tem referentes díspares dos enunciados inicialmente pela autora, bem como levando em conta o conjunto das outras transformações propostas por Winnicott no quadro conceitual e epistemológico da psicanálise – o que veremos com mais detalhes, no desenvolvimento deste trabalho, com base em outros autores (Abram, Bonaminio, Dias, Loparic, Fulgencio, Phillipis) -, proponho, nesta pesquisa, apresentar e descrever criticamente quais são os fenômenos, tarefas e conquistas, que Winnicott denomina de fase do *concern*, estabelecendo, assim, uma comparação com o que Klein denominou de posição depressiva. De uma maneira sintética, pode-se dizer, minha pesquisa propõe explicitar a redescritção que Winnicott fez da posição depressiva com a sua proposta de fase do *concern*.

Se nos debruçamos sobre a literatura atual, especialmente nos textos que poderiam ser considerados dicionários ou manuais, para caracterizar o que é a posição depressiva e o que é a fase do *concern*, encontramos análises focadas em um ou outro autor, mas não uma análise comparativa. Assim, destacando exemplos do que estou me referindo, temos no *The new dictionary of Kleinian Thought* (Spillius, Milton et al. 2011, p. 84, tradução nossa) a seguinte definição para posição depressiva:

"Posição depressiva" é uma constelação mental, definido por Klein como central no desenvolvimento da criança [...] Se a confluência de figuras amadas e odiadas pode ser suportado, a ansiedade começa a centrar-se no bem-estar e sobrevivência da mãe como um objeto inteiro, desta forma a culpa, o remorso e a tristeza pungente, ficam vinculados ao aprofundamento do amor.

E, no que diz respeito à experiência normal ou patológica desta fase:

O termo "posição depressiva" é utilizado de maneiras diferentes, mas em formas relacionadas. Pode referir-se à experiência infantil desta integração do desenvolvimento. Mais genericamente, refere-se à experiência, em qualquer fase da vida, de culpa e tristeza sobre ataques de ódio e sobre o estado danificado de objetos externos e internos, o modo como este processo é vivido pode variar em uma escala que vai desde o luto normal até a depressão grave. (idem)

Abram (1996) em *A linguagem de Winnicott*, sobre o estágio do *concern*, traduzido e descrito no verbete preocupação, destaca que foi em 1935, ano em que Winnicott foi admitido como analista na Sociedade Britânica de Psicanálise, que Klein apresentava um de seus mais importantes conceitos, a posição depressiva, e, concordando com Winnicott quanto a sua relevância e seu destaque como um elemento central da psicanálise, observa que o conceito adquiriu com o tempo uma “[...] magnitude teórica comparável ao complexo de Édipo proposto por Freud.” (1996, p. 173). A autora também faz questão de marcar o incômodo de Winnicott com a vinculação do termo depressão a um estágio normal do desenvolvimento saudável, sua obra destaca que o pensamento do autor compreende que:

[...] a depressão constitui-se em um sintoma de doença, não fazendo parte do desenvolvimento saudável normal nem da posição depressiva. O uso da palavra ‘depressiva’, portanto, coloca uma questão que Winnicott pensa explorar a partir do amor cruel do bebê (agressão primária) por sua mãe, que fazendo parte de um ambiente facilitador, transformará a crueldade em preocupação. (1996, p.173)

Para Winnicott, o bebê de início não tem noção da agressividade que dirige ao meio nos momentos em que busca satisfazer seus instintos, não há esta possibilidade visto que, dentro de sua imaturidade, embora possa sentir os impactos de sua ausência, ele ainda não sabe que há um ambiente que o sustenta, não há relação com o outro enquanto um dado externo da realidade e, em meio a sua experiência de ilusão da onipotência, de início, o bebê vive sem consideração – tanto pelo meio como por ele próprio. O amor cruel referido nada tem, portanto, de sádico, isto é, ele é destrutivo por satisfazer-se despreocupadamente quanto às consequências de seu amor, mas não por desejar agredir algo. O termo depressão, neste contexto, não agrada Winnicott por colocar em primeiro plano um vocábulo que alude antes a uma doença psiquiátrica do que uma conquista que pertence ao

desenvolvimento saudável. Embora uma das possibilidades, caso esta conquista não venha a ocorrer, possa ser de fato a depressão, o autor em sua descrição atenta-se ao avanço no processo de desenvolvimento emocional do ser humano, isto é, a maturidade que este alcança, ao deparar-se com a experiência da passagem de um estado de não consideração para outro em que, mediante elaboração do sentimento de culpa, a consideração (*concern*) passa a integrar sua unidade e a representar um aspecto de sua existência.

Para que este avanço no processo de desenvolvimento seja possível, no entanto, é necessário que etapas anteriores tenham ocorrido de forma relativamente satisfatória. A experiência do *concern*, ou a chegada à posição depressiva, para Winnicott é uma vivência possível apenas após o sentimento de unidade e coincide com a época do desmame onde tanto o bebê como a mãe já podem ser percebidos como dois objetos inteiros. Apenas após o reconhecimento da existência do ambiente, ainda que tênue e gradual, será possível falarmos em sentimentos como preocupação, consideração, culpa, responsabilidade ou o *concern*. Igualmente, apenas após a percepção da existência do ambiente poderemos falar em agressão intencional ou atos hostis dirigidos a alguém.

Dentro da terminologia empregada por Winnicott é possível, ainda, o emprego de outros termos, como compadecimento, além de outras variações que se dão no processo de tradução. Por exemplo, em *Da pediatria à psicanálise* (Winnicott, 2000d, p. 359) há passagens que o termo piedade é utilizado, já em *A Linguagem de Winnicott* (Abram, 1996, p. 174) o mesmo trecho é traduzido por remorso. Creio que o importante, e o mais assertivo no sentido de preservar o termo original proposto pelo autor, é a compreensão do fato de que há uma passagem mediante uma constatação: o desenvolvimento emocional do bebê em contato com um ambiente adequado o permite a, paulatinamente, entrar em contato com a autoria dos acontecimentos oriundos de suas experiências instintivas, tal constatação o faz passar a considerar sua ação (e consequências) tanto no ambiente como em si próprio.

Como colocado, Winnicott entende que o bebê só experimenta a culpa plena por sua vida instintiva após o sentimento de unidade, isto é, após perceber que é (estágio descrito pelo autor como “EU SOU”), passará assim a perceber que as coisas lhe dizem respeito. Dias sugere que o bebê é envolto na percepção de que “Isto é comigo, me diz respeito, é da minha alçada.” (Dias, 2003, p. 248). A partir daí

o indivíduo, naturalmente, é envolvido pelo sentimento de culpa que deriva do uso que fez, assim como o que faz e que percebe que continuará fazendo, do ambiente. Winnicott nota que o ser humano, diferindo do animal no que diz respeito a sua experiência instintual, e no contato com um ambiente que lhe tenha fornecido condições adequadas, tem a capacidade de ser envolvido pela necessidade de reparar os danos que percebe ter causado nos momentos em que procurou satisfação.

Esta passagem, um estado de não consideração pelo ambiente a outro em que o indivíduo constata suas ações passando então a ter a necessidade de fazer algo a respeito - denominada por Winnicott de estágio do *concern* -, embora seja derivada da ideia de Klein da posição depressiva, bem como do conjunto de defesas que a compõe, introduz profundas diferenças no conceito original. Penso que estas residem, e podem ser mais bem observadas, a partir da importância crucial que Winnicott atribuí a qualidade da relação do indivíduo com o ambiente para que esta fase encontre uma resolução saudável- o que implica tanto o dar do indivíduo como no receber do ambiente. Pondo em segundo plano capacidades inatas do indivíduo, o cuidado ambiental adquire nesta descrição um papel fundamental. Winnicott considera “axiomático o fato de que o bebê humano é incapaz de suportar o peso da culpa e do medo resultantes de um reconhecimento pleno [das] ideias agressivas contidas no amor instintivo [...]” (Winnicott, 1990, p. 90), pode-se dizer, neste contexto, que ele é incapaz de suportar tais sentimentos sozinho, ou seja, faz-se necessário um ambiente adequado a este processo. O autor, indo além da constatação da necessidade de presença, observa características essenciais do ambiente para que esta conquista possa ser alcançada, para Winnicott o indivíduo nesta fase precisa tanto de “tempo quanto um ambiente pessoal contínuo” (idem), isto significa, também, um ambiente que suporte sua satisfação ao longo deste tempo.

Um fato relevante, ao observarmos a dinâmica dual (mãe e bebê), bem como ao atribuir tarefas ao indivíduo e ao ambiente, é que esta nova descrição feita por Winnicott acaba por introduzir, não só, elementos teóricos, mas também, clínicos à prática psicanalítica. Pacientes que não alcançaram, ou o fizeram de forma precária, a posição depressiva indicam uma ausência de determinadas características ambientais que, agora com a provisão adequada fornecida pelo analista, ele poderá re-experenciar, integrando assim a experiência a seu processo de desenvolvimento.

Winnicott entende que o paciente necessita do cuidado que lhe faltou. Estes aspectos serão abordados ao longo desta pesquisa, brevemente menciono aqui que para o autor o primordial é que o ambiente (analista) sustente a situação ao longo do tempo e sobreviva às experiências instintivas do paciente, foram estes os aspectos que o ambiente foi incapaz de fornecer no passado.

[...] em muitas crianças e adultos que se encontram em análise, a aproximação e reaproximação em relação à posição depressiva são alguns dos aspectos importantes da análise, indicando progresso e ao mesmo tempo indicando que houve uma falha anterior [...] (Winnicott, 2000d, p. 356).

Outro aspecto que merece destaque na releitura que Winnicott faz da posição depressiva, além da importância crucial atribuída ao ambiente, é o papel do complexo de Édipo. Enquanto para Klein o início da posição depressiva coincide com o complexo de Édipo (Klein, 1945), uma vez que nesta etapa ao perceber a mãe como objeto total “há uma mudança não apenas na relação do bebê com sua mãe, mas também em sua percepção do mundo.” (Segal, 1975, p. 117), o que implicaria na percepção das pessoas como indivíduos separados e em relação uns com os outros, Winnicott discorda deste ponto de vista. Para o autor toda a elaboração dos estragos causados pela vida instintual ocorre em um âmbito dual, o bebê e sua mãe, “Este é um desenvolvimento que faz parte basicamente do período de relacionamento a duas pessoas.” (Winnicott, 1983b, p. 71), processo este que é, portanto, anterior à capacidade de estabelecer relações triangulares que compõe o cenário edípico. Nesta linha, o complexo de Édipo só poderá ser alcançado, isto é, as angústias típicas deste período, só tornam-se relevantes ao indivíduo caso antes ela tenha atingido a posição depressiva, da mesma maneira, quando a posição depressiva pôde ser alcançada “Muito já aconteceu no desenvolvimento do bebê antes de podermos mencionar preocupação [*concern* ou posição depressiva]” (idem).

Tendo apresentado a que se refere o fenômeno, colocarei aqui alguns aspectos que dizem respeito à tradução do termo *concern* e suas diferentes variações. Winnicott ao longo de sua obra varia os termos *concern* e posição depressiva, em *Natureza Humana* (Winnicott, 1990), por exemplo, a parte III capítulo I recebe o título *A posição depressiva* e o subtítulo *Concern, Culpa e Realidade Psíquica Pessoal interna*. Visto a insatisfação do autor com o termo, “O termo

‘posição depressiva’ é um termo ruim para um processo normal, mas ninguém até agora encontrou outro melhor”. (Winnicott, 2000d, p. 358), é possível pensar que ele tenha utilizado o termo original a fim de comunicar-se com aqueles já familiarizados com o trabalho de Klein. Em outro artigo, *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico*, ao descrever os pacientes que recém integraram-se em uma unidade ele também alude às duas denominações: “Aqui se trata da análise do estágio do concernimento [*concern*], e do que se tornou conhecido como a ‘posição depressiva’” (Winnicott, 2000b, p. 375).

Já citado, o livro de Abram *A Linguagem de Winnicott* (Abram, 1996) opta por traduzir o termo como preocupação, adotando outro caminho, Dias (2003), bem como Loparic (2007), sugerem o neologismo concernimento. Justificando sua escolha, em *A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott* Dias, ao iniciar o tema, a autora esclarece em uma nota de rodapé que:

Ao redescrever, em sua própria linguagem, esta conquista do amadurecimento, [...] Winnicott fala na conquista da capacidade para o *concern* pelos bebês. O termo é de difícil tradução [...] ‘preocupação’, utilizado por vários tradutores, não cobre inteiramente as acepções do *concern*. (Dias, 2003, p.247).

É com esta razão que o neologismo concernimento, derivado do verbo *concernir*, é sugerido.

De fato o termo parece ser de difícil tradução, em *Natureza humana* (Winnicott, 1990), na *Nota introdutória à tradução*, Bogomoletz coloca que:

Palavras como *concern*, *ruthlessness*, *holding*, *timing*, por exemplo, fazem os tradutores tremerem ante as duas saídas inglórias: trair o autor, traduzindo mal o seu pensamento, ou trair o leitor, deixando a palavra no original e a tradução incompleta. Uma coisa é certa: da condição de traidores não escapamos (Bogomoletz, 1990, p. 9).

Bem, buscando amenizar esta aparente inexorável condição de traidor, penso ser útil trazer um comentário feito pelo próprio Winnicott ao sugerir o termo *concern* no lugar de *depressive position*,

O nome ‘posição depressiva no desenvolvimento emocional’ foi dado a este estágio do desenvolvimento, e se for encontrado um nome melhor, é perfeitamente legítimo utilizá-lo. O importante é a capacidade do bebê ou do indivíduo de aceitar a responsabilidade

pela intenção destrutiva no impulso amoroso total [...] (Winnicott, 1990, p. 106).

Se aderirmos ao que propôs Winnicott e nos atentarmos ao fenômeno, isto é, o fato de que o indivíduo passa de um estado de não consideração pelo meio e por si próprio para outro em que estes sentimentos surgem e trazem à tona novas necessidades antes desconhecidas, podemos, assim, variar os termos e encarar esta ginástica semântica com menor confusão: o bebê era impiedoso e passou a ser piedoso, de incompadecido tornou-se compadecido, irresponsável para responsável, despreocupado para preocupado, pré-remorso para remorso. Penso que o essencial, neste ponto, é a compreensão de que este é um período do desenvolvimento em que ser humano percebe-se em meio a um novo estado de coisas, tal estado é, contudo, fruto de seu próprio amadurecimento e configura uma capacidade e uma experiência da natureza humana “[...] cuja existência ninguém questiona.” (Winnicott, 2000d, p. 360).

Talvez toda esta problemática, as variações na tradução do termo bem como as divergências teóricas entre os autores, constitua alguns obstáculos à compreensão dos avanços realizados por Winnicott. Ao nos debruçarmos sobre os textos que procuram descrever sistematicamente a obra de Winnicott, me parece que a descrição do que ocorre na fase do *concern* apresenta lacunas a serem preenchidas, em especial no tocante ao fenômeno da integração dos instintos.

Nesse sentido, proponho retomar a descrição que Winnicott faz da fase do *concern*, percorrendo sua obra a fim de completar essas lacunas que considero não terem sido preenchidas, contribuindo, assim, tanto para o entendimento da obra de Winnicott quanto para análise comparativa entre as propostas de Klein e de Winnicott, no que se refere a este tema. Além disso, uma maior compreensão descritiva destes fenômenos fornece um entendimento que pode ser útil para a compreensão da teoria do desenvolvimento tanto saudável quanto patológico, dado que, na patologia, as dinâmicas em questão voltam a ser vividas nos processos transferenciais na cura psicanalítica.

## 1.1 OBJETIVO

Este trabalho, uma pesquisa de natureza teórica, buscará esclarecer, dentro do contexto da obra de Winnicott, sua compreensão conceitual e descritiva do que é

a fase do *concern*. Com isto, pretendo estudar as ideias de Winnicott sobre a teoria do desenvolvimento emocional do ser humano notando a forma como o autor lidou com esta contribuição: identificando-a, ressaltando sua importância, marcando suas diferenças de Melanie Klein e, por fim, propondo dentro de outro cenário epistemológico, diferente do de Freud e de Melanie Klein, ainda que apoiado nestes.

Esta pesquisa será desenvolvida, portanto, a partir do estudo deste processo em que Winnicott vai dialogando com o conceito posição depressiva até renomeá-lo para estágio do *concern*.

Em resumo, os objetivos podem ser descritos como:

- ✓ Analisar as divergências conceituais e descritivas entre Klein e Winnicott, no que se refere a este período do desenvolvimento;
- ✓ Contribuir para uma maior compreensão e descrição deste estágio do desenvolvimento suscitando reflexões acerca da resolução de problemas empíricos - seja o tratamento clínico bem como reflexões à cerca de políticas públicas - que estão no âmbito do desenvolvimento do indivíduo enquanto um ser social, comunicativo e responsável.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A compreensão deste momento do processo de desenvolvimento (tanto em Klein, como em Winnicott) nos dirige a situação na qual o indivíduo se integra em uma unidade (unidade do sujeito psicológico), o que implica em reconhecer, na saúde e na doença, as dinâmicas que se seguem a este processo de integração e de constituição do eu\ego. Tal compreensão tem, pois, tanto uma utilidade profilática como pode orientar, com mais precisão, os tratamentos que visam curar distúrbios associados a esta fase, notadamente os distúrbios neuróticos e borderlines, bem como algumas das patologias denomináveis de depressivas. Além disso, noutro escopo, este entendimento contribui para o aprofundamento e desenvolvimento da perspectiva iniciada por Winnicott voltada para a compreensão da teoria do desenvolvimento do ser e da natureza humana.

É possível, assim, afirmar que, por um lado, trata-se de um estudo que contribui para o desenvolvimento da teoria psicanalítica do processo de

desenvolvimento e, por outro, com base nessa compreensão, fornece subsídios para tarefas profiláticas e psicoterapêuticas.

Conforme mencionado na introdução deste trabalho, Winnicott elabora uma apresentação pessoal da posição depressiva. Esta forma pessoal de dizer coisas, contudo, não é restrita apenas a leitura que faz da posição depressiva ou as ideias de Klein. Phillips observa, neste sentido, que enquanto Freud estava atento as complexas formas de satisfação pessoal de cada indivíduo, Winnicott as toma como parte de um panorama mais amplo, panorama que é constituído pela autenticidade pessoal do indivíduo, chamado de sentir-se real (Phillips, 1996, p. 29).

A forma de Winnicott expressar-se é tão singular que há interpretações que o entendem como um cientista que refez a teoria psicanalítica. É o que Loparic sugere, aplicando o conceito de paradigma de Thomas Kuhn (1922-1996) (Kuhn, 1970), sua leitura da obra de Winnicott compreende que o autor realiza uma mudança paradigmática ao substituir o complexo de Édipo e a teoria da sexualidade enquanto teoria-guia, pelo exemplar do bebê no colo da mãe e a teoria do amadurecimento pessoal (Loparic, 2006). Por outro lado, contestando a aplicabilidade do uso da noção de paradigma, ou seja, discordando que suas contribuições constituem um novo paradigma em relação ao que fora elaborado por Freud, Barretta et. al. (2013) argumentam que se trata de um equívoco restringir a teoria de Freud à teoria da sexualidade infantil e do complexo de Édipo (em fase de elaboração)<sup>1</sup>. Mais amplo do que apenas estes elementos, e observando a forma de proceder em seus relatos de casos clínicos, Barretta compreende que Freud teria elaborado uma teoria em torno não da resolução do complexo de Édipo, mas centrada na defesa contra a angústia, assim Winnicott, com sua teoria em torno da psicose, “[...] não abandona o paradigma freudiano, mas amplia seu raio de abrangência.” (Barretta, 2013, p. 17). Barretta destaca, ainda neste sentido, que a psicanálise, embora composta de diversas teorias desenvolvidas a partir das ideias de Freud, constitui-se como um corpo coeso. Isto é, os sistemas de pensamento que atuam no âmbito psicanalítico comungam de elementos comuns que os distingue de outros métodos terapêuticos, tal situação, contudo, acaba por nos dirigir a “[...] necessidade de se estabelecer um diálogo entre os diferentes autores e teorias” (Barretta, 2013, p. 20).

---

<sup>1</sup> Artigo ainda não publicado sendo desenvolvido pelo Dr. João Paulo Barretta.

Em meio a esta discussão em torno da importância e do lugar da obra de Winnicott dentro da psicanálise, cabe destacar que há, ainda, interpretações extremas que julgam Winnicott como um autor não psicanalítico<sup>2</sup>. Aqui não entraremos neste ponto da discussão, quem está dentro ou fora ou se a psicanálise foi ou não refeita. É útil aqui, apenas o apontamento da existência deste embate teórico como pano de fundo para o estudo deste processo de redescritção da posição depressiva para estágio do *concern* identificando, assim, alguns possíveis pontos de ampliações na teoria e técnica psicanalítica suscitadas a partir dos desenvolvimentos de Winnicott sobre o processo de desenvolvimento do ser e da natureza humana; esta pesquisa busca estabelecer um diálogo, que vem mostrando-se necessário, entre os autores.

Como colocado no início deste tópico, o diálogo aqui proposto, posição depressiva e o estágio do *concern*, nos dirige aos pontos de vista de Klein e Winnicott relativos a etapa que se segue imediata e inerentemente a integração do sujeito psicológico, para tal compreensão sugiro a apreciação de alguns aspectos que antecedem a este momento.

Ao observarmos a descrição de Klein do início da vida, uma etapa que é anterior a integração e o nível de maturidade que é alcançado com a posição depressiva e o status de unidade, nota-se que o ego do bebê, desde sempre, tem como prioridade a administração dos instintos, nota-se que seu sistema teórico fundamenta-se em torno do embate entre os instintos de vida e morte; embora a autora observe uma tendência à integração do ego, tal tendência é constantemente perturbada por este conflito. Na perspectiva kleiniana, os instintos desde início estão naturalmente integrados ao ego do bebê, embora este ego seja ainda fraco e imaturo, ele já é capaz de estabelecer de relações de objeto sendo que é justamente através destas, que se dão na forma de projeções e introjeções, que o sujeito desenvolve-se.

Klein compreende que devido sua baixa capacidade perceptiva, a pouca capacidade integrativa (do ego) e a situação traumática e desconfortável do nascimento, as primeiras relações de objeto que o ego estabelece se dão com

---

<sup>2</sup> Blass (2013), em publicação no *International Journal of Psychoanalysis*, a respeito do impacto das contribuições de Winnicott, nota uma possível tensão gerada a partir do conflito entre a introdução de grandes mudanças na prática psicanalítica e o compromisso de manter-se atento a seus princípios fundadores. Nesta perspectiva Blass nota que aquele que adotar as inovações mais revolucionárias de Winnicott pode ter que se haver com a explicação de o porquê tal técnica deve ser considerada como analítica.

objetos parciais. No entanto, nota-se que mesmo com as partes do objeto sendo percebidas independente de sua totalidade, já há uma relação do sujeito. Dias, sobre este gênero de relação inicial postulada por Klein, observa que nesta descrição “o sujeito da relação está lá; há uma unidade inicial da mente que pode ser ativamente cindida pela ação destrutiva da pulsão de morte” (Dias, 2003, p. 295). É a situação, notadamente conflituosa, que o lactente está entregue e ocupado em administrar: instintos de vida e morte, amor e ódio, tendência à integração e desintegração.

O ego do bebê, assim, direciona o amor ou ódio a determinado objeto de acordo com a satisfação ou frustração que obtém deste. Observando que amor e ódio, na obra da autora, tratam-se de representantes mentais dos instintos de vida e morte, nota-se que, também desde o início, o ego depara-se com uma ambivalência primária e a capacidade do indivíduo em administrá-la assume um papel determinante em sua descrição dos fenômenos bem como no processo de desenvolvimento. Esta administração, gratificação\ausência de gratificação, prazer\desprazer, amor\ódio, que o imaturo ego do bebê tem de lidar ao nascer, pressupõe a experiência do contato com a situação da ambivalência desde os primeiros momentos. A ambivalência, pode-se dizer inata, aqui tem um papel constitutivo, Phillips observa que “Melanie Klein, seguindo Freud, acreditava em uma ambivalência primária e, por tanto, formativa [...]” (Phillips, 1988, p. 138).

Baseando-se em Freud e sua teoria do princípio do prazer (Freud, 1920), neste sentido, pode-se dizer que para Klein são os instintos que norteiam a existência do lactente, “não podemos nos esquecer de que o bebê só está interessado na sua gratificação imediata, ou na ausência desta gratificação [...]” (1936, p. 331), assim como, posteriormente, a do adulto. O mesmo aplica-se à ambivalência: “a luta entre amor e ódio, com todos os conflitos que ela provoca, começa no início da infância e continua ativa pelo resto da vida” (Klein, 1937, p. 350). A descrição kleiniana dos fenômenos humanos baseia-se, assim, na capacidade própria do indivíduo de administrar seus instintos (de vida e de morte), isto é, o quanto ele é capaz de manter este equilíbrio obtendo satisfação e evitando o desprazer. Esta satisfação, contudo, pode encontrar empecilhos caso o ego tenha dificuldades em estabelecer este equilíbrio. Na verdade, Klein observa o começo da vida como um momento bastante difícil de ser administrado\equilibrado pelo (imaturo) ego. De início, mediante a experiência de desprazer que seria sair do útero

e vir a habitar o mundo (experiência que por vezes é referida como o trauma do nascimento), o instinto de morte predomina sobre o de vida, a tendência a desintegração faz com que o ego tema por sua aniquilação. Este desequilíbrio, nota-se, deriva de um fator constitucional:

O principal desafio à capacidade defensiva e integradora do ego inicial é a simples presença da pulsão de morte que ameaça o organismo de ser aniquilado. A angústia de ser aniquilado, morto, despedaçado é, portanto, a angústia mais fundamental e ela nasce pura e simplesmente a partir da presença de uma tendência à desintegração que opera no recém-nascido e se chama pulsão de morte.[...] a pulsão de morte é, para ela [Melanie Klein] a matriz do ódio, algo que é de natureza psíquica [...] (Cintra & Figueiredo, 2004, p. 110.)

Assim, embora o bebê tenha momentos de gratificação, momentos que a mãe “satisfaz suas necessidades de alimentação, aliviando seus sentimentos de fome e lhe oferecendo o prazer sensual que obtém quando sua boca é estimulada ao chupar o seio.” (Klein, 1937, p. 347), vale ressaltar, prazeres notadamente intuituais\sexuais, a angústia em lidar com o instinto de morte e sua tendência a desintegração exige um grande esforço do ego, fazendo-o, afim de que consiga suportar tamanha angústia, desenvolver mecanismos de defesa, isto é, estratégias para suportar este componente herdado e as experiências e sentimentos que o instinto de morte o faz deparar-se. Mencionei acima o fato da ambivalência formativa, agora este conceito pode ser melhor abordado. A ambivalência é formativa por que, de início, o ego procura evita-la, frente a angústia que decorre da frustração e da presença do instinto de morte o ego, como mecanismo de defesa, cinde o objeto com o qual se relaciona, ou seja, ele irá experimentar, e atribuir amor e ódio a objetos diferentes, separados. A experiência de contato com a ambivalência ocorre, portanto, quando estes objetos deixam de serem percebidos cindidos e passam a serem percebidos como parte de um mesmo objeto, este fenômeno faz com que o ego lide com um novo estado de coisas, se antes ele dirigia despreocupadamente seu amor e ódio aos objetos pura e simplesmente de acordo com sua satisfação ou frustração, a partir deste momento ele passará a preocupar-se com os efeitos de seus conteúdos psíquicos no objeto que, agora sendo o mesmo, recebe tanto seu amor quanto seu ódio.

Quando o bebê, e sua capacidade egoica, chegam a este nível de integração, isto é, de experimentar a ambivalência mediante a integração das partes do objeto em um só, um objeto total, significa que suas tendências à integração superaram à tendência a desintegração, isto significa que psiquicamente os instintos de vida sobrepuseram-se aos de morte. Isto depende, para Klein, de alguns fatores relacionados tanto as experiências como a fatores herdados e a capacidade individual de cada ser humano em lidar com este conjunto.

Os fatores herdados dizem respeito ao quanto de instinto de vida ou morte carrega o psiquismo de cada indivíduo, um fator inato e, neste sentido, cada indivíduo nasceria melhor ou pior aparelhado para lidar com seu conflito instintual. Já no âmbito da experiência, nota-se que é a experiência de satisfação instintual que fortalece o instinto de vida bem como a tendência à integração, tal experiência é vivida com a parte boa do objeto cindido, este objeto primordial é o seio da mãe e sua parte boa é denominada de seio bom. São as experiências de gratificação com o seio bom, portanto, que equilibram a desfavorável situação inicial do lactente, nesta relação o bebê passa a contar, através do processo de projeção e introjeção, com um objeto interno bom com quem possa contar na luta contra os objetos maus ou ruins. Explicarei, adiante no capítulo 2, estes processos de projeção e introjeção na vida do lactente, o importante aqui é notar que este objeto interno bom é construído para Klein na relação satisfatória, que se trata de uma gratificação instintual, com um objeto que é o seio mãe.

Nesta linha o ambiente, ou a mãe, tem um papel secundário. Embora Klein e seus seguidores tenham feito menção ao ambiente, rechaçando, inclusive, críticas quanto a uma possível negligência deste fator, a questão para Winnicott é que esta forma de pensar insistia em observar o bebê, e em especial seus processos internos, como uma entidade separada de sua mãe, isto é, ele imerso em seu conflito instintual. Penso que esta colocação de Segal, analista de orientação kleiniana, auxilia na compreensão deste ponto:

O ambiente tem, naturalmente, efeitos extremamente importantes na tenra infância e na infância posterior, mas daí não se conclui que, sem um ambiente mau, não existiriam fantasias e ansiedades agressivas e persecutórias. A importância do fator ambiental só pode ser corretamente avaliada em relação ao que ele significa nos termos dos próprios instintos e fantasias da criança. (Segal, 1975, p. 22)

Winnicott apresenta-nos um ponto de vista diferente deste, para ele os instintos, de início, são externos ao lactente, tal qual o soar de um trovão (Winnicott, 1983c, p.129), há uma tendência para que, na saúde, o que significa, na presença de um ambiente facilitador, gradualmente possam ser integrados ao ego. Só a parti daí os instintos ganharão sentido para o ego, só neste instante ele terá a capacidade de experimentar a ambivalência e, para tal, para suportar a dor que daí decorre, ele terá que contar necessariamente com a presença de um ambiente que facilite este processo. Esta facilitação por parte do ambiente, contudo, não se trata de um auxílio na administração do conflito instintual e nem, apenas, no fornecimento de prazer instintual ou sexual. Winnicott atribuí tarefas específicas ao ambiente que não dizem respeito a gratificação do instinto enquanto um dado em si mesmo, ou seja, como uma finalidade, o autor nota como fundamental a presença do ambiente para que o ser humano realize a elaboração da experiência instintiva.

Winnicott, ao observar a obra de Klein, concorda que a constatação da ambivalência é algo que leva o bebê à ansiedade e a instauração do sentimento culpa. Salientando a importância da contribuição da psicanalista, ele observa que “É justamente nesse momento que podem surgir enormes dificuldades, as quais foram estudadas de um modo muito especial pelo trabalho pioneiro de Melanie Klein, cuja contribuição foi mais rica e produtiva neste campo específico que em qualquer outro.” (Winnicott, 2000d, p. 361). O autor, no entanto, entende que a forma como ele lida com esta experiência, isto é, como ele é capaz de elaborá-la, pode ser melhor compreendida por meio da caracterização de determinadas características do ambiente – o que inclui tanto facilitações como falhas neste processo- típicas de uma relação humana do que via a suposição de características constitucionais herdadas ou se nos focarmos na administração do conflito instintual.

A elaboração da constatação da ambivalência, ansiedade e culpa envolve um processo de aquisição da capacidade de responsabilizar-se pelas experiências ( e consequências) que compõe a vida instintiva, para Winnicott o bebê que é afortunado de contar com o suporte de um ambiente que propicie tanto a continuidade das experiências instintivas como a possibilidade de fazer algo à respeito de suas consequências, estabelece potencialmente a conquista das “[...] bases para as dificuldades inerentes à vida, ou seja, dificuldades próprias das pessoas saudáveis” (Winnicott, 1990, p. 99).

Neste sentido, o estágio do *concern*, ou a posição depressiva, tendo em vista o fato que é neste período que a experiência instintiva ganha sentido e é avaliada em suas consequências, auxilia-nos também na compreensão dos processos de formação da moral e da educação. Para Winnicott, Klein nos legou por meio de suas ideias sobre a posição depressiva, uma compreensão dos fenômenos humanos que é útil para além da clínica. Embora seja um conceito central da teoria psicanalítica, o autor, que transitou ao longo de sua vida da Sociedade Britânica de Psicanálise a consultórios pediátricos e abrigos para crianças em situação de vulnerabilidade social, observa que “a contribuição de Melanie Klein à psicanálise revela-se aqui uma verdadeira contribuição à sociedade, à criação de filhos e à educação” (Winnicott, 2000d, p. 365).

Para Winnicott, a criança não precisa ser ensinada a sentir culpa, isto é, a responsabilizar-se pelas consequências de seus atos, para o autor ela o fará naturalmente na presença de um ambiente facilitador. Nesta perspectiva, trata-se de um erro impor uma moral, uma distinção ente certo e errado, a uma criança ou bebê, para Winnicott o ser humano é um animal capaz de constituir uma moral própria, uma moral que deriva, na saúde, do reconhecimento de que um ambiente o sustentou, sustentou suas experiências ao longo de um tempo enquanto ele as organizava e, assim, ele terá condições de ser este ambiente para outro indivíduo quando necessário. Obviamente muitos não chegam a esta capacidade, no entanto, para Winnicott “não há criança humana incapaz de encontrar um sentimento pessoal de culpa se lhe for dada a oportunidade, antes que seja tarde demais, para alcançar a posição depressiva” (idem, p. 366).

Neste sentido aquele que chegou a este ponto do desenvolvimento de forma até então satisfatória, mas tem problemas para ir adiante, neste caso, integrar a instintualidade ao seu repertório de forma que possa ser vivida\usada e sentida como algo que pertence ao ego (*self*), pode até chegar a experimentar as angústias típicas do complexo de Édipo e os subjacentes problemas neuróticos, contudo, não são estes os problemas centrais de sua existência. Por outro lado, não sofrem também, prioritariamente, das confusões psicóticas, para Winnicott os psicóticos “[...] são portadores de distúrbios derivados de um estágio ainda mais precoce e básico.” (Winnicott, 1990, p. 100). De certa forma, estamos no meio do caminho, por isto as patologias originárias deste período, que se inicia com o desmame e vai até a entrada do cenário edípico, podem ter amplas formas de manifestação. No que diz

respeito ao contexto desta pesquisa, cabe colocar que Winnicott, de certa forma sublinhando a complexidade do tema, afirma que “Um dos aspectos da posição depressiva é o de que o termo se aplica a uma área de psiquiatria clínica situada a meio caminho entre os lugares de origem da psicose e da psicose, respectivamente” (Winnicott, 2000d, p. 355).

Winnicott, além de observar este meio caminho entre as duas definições clássicas de distúrbios mentais (psicose e neurose), sugere que aqueles que se situam nesta área necessitam de outras funções do analista que a interpretação do material inconsciente. Tal dedução ganha mais relevância ao notarmos que ele não está referindo-se a um gênero que considere raro. No final do texto A posição depressiva e o desenvolvimento emocional normal (Winnicott, 2000d) Winnicott nos chama atenção para o fato de que estes pacientes não são uma parcela pequena da sociedade:

Resumindo, a posição depressiva, que pode estar a caminho em circunstâncias favoráveis entre os seis e os nove meses de idade, geralmente não é alcançada até que o sujeito venha à análise. Quanto aos indivíduos mais esquizoides, e a todas as populações dos hospitais psiquiátricos que jamais chegaram a viver com base no verdadeiro eu ou na auto-expressão, a posição depressiva não é o mais importante. Para estes, ela ficará na mesma condição da cor para os daltônicos. Por contraste, para todo grupo de maníacos depressivos, que constitui a maioria das assim chamadas pessoas normais, a questão da posição depressiva no desenvolvimento normal não pode ser deixada de lado. Ela é e nunca deixa de ser o problema da vida, a não ser que seja alcançada. Em pessoas realmente saudáveis podemos considerá-la um fato inquestionável, incorporado à vida ativa em sociedade. A criança, saudável por ter alcançado a posição depressiva, pode ir em frente rumo ao problema dos relacionamentos interpessoais triangulares, o clássico complexo de Édipo. (Winnicott, 2000d, p. 373).

Winnicott, portanto, embora reconheça o enorme progresso que Freud fez no tratamento destinado aos neuróticos, observa que a clínica cada vez menos conta com a sorte de deparar-se com casos que exibam predominantemente tal dinâmica, nesta linha, o autor atribui funções específicas ao ambiente, ou ao analista, que deverá justamente fornecer aquilo que faltou ao paciente. No caso destes pacientes que estão a meio caminho, o analista deverá tanto sustentar a situação ao longo do tempo como sobreviver aos momentos de excitação do paciente, estes foram os aspectos que o ambiente não lhe forneceu e que, uma vez fornecidos no ambiente

analítico, poderão passar a integrar o ego do indivíduo permitindo-o retomar seu processo de desenvolvimento.

### 1.3 PERSPECTIVA ONTOLÓGICA DE WINNICOTT

Winnicott concebe um modelo ontológico que difere do encontrado na psicanálise de Freud e Klein. Na obra de Winnicott a noção de ser e necessidade de ser substituem a noção de pulsão<sup>3</sup>, ampliando a teoria psicanalítica ao propor no local de “[...] um comprometimento primário da criança, e mais tarde do adulto [...]” (Phillipis, 1988, p. 30) para com a pulsão e sua satisfação, um comprometimento com o ser e a necessidade de ser que se dá, ainda que em diferentes níveis, sempre com o outro, isto é, em uma relação permeada por uma contínua dependência do ambiente e a tendência inata à integração que constitui o ser humano. Portanto, embora este trabalho esteja mais focado em aspectos ligados a vida instintual, optei por fazer uma breve explanação destes temas relativos ao ser e a necessidade de ser por serem aspectos essenciais à a compreensão da obra de Winnicott.

Ao notar que o que move o ser está para além da satisfação instintual, Winnicott não o faz sob um viés filosófico, ainda que possivelmente influenciado pelas correntes de pensamento humanístico de sua época (Fulgêncio et al. 2012, em fase de elaboração)<sup>4</sup> é a experiência empírica, principalmente com psicóticos, que o autor vale-se para fazer notar que há processos clínicos relativos à “[...] angústias impensáveis, ao valor ou a futilidade à vida, ao sentido do ser, à perda ou a posse do senso de real [...]” (Loparic, 1997, p. 48) que não se encaixam em um olhar que busca compreender suas insatisfações (manifestações patológicas) tomando a vida instintual- verificando se esta é mais ou menos satisfatória- como base. Buscando compreender o ser humano além de suas satisfações instintuais, Winnicott diz que “Se partirmos do princípio de que se alcançou um grau razoável em termos de capacidade instintiva, veremos então novas tarefas para a pessoa relativamente saudável. Existe, por exemplo, a relação que ele ou ela mantêm com a sociedade – uma extensão da família.” (Winnicott, 1999, p. 9). Este tipo de entendimento acerca do indivíduo acaba por alterar a compreensão que Winnicott faz dos procedimentos adequados na clínica, diferentes tipos de paciente, isto é,

<sup>3</sup> Sobre este assunto: *A necessidade de ser como fundamento do modelo ontológico de homem para D.W. Winnicott.* (Fulgêncio, 2014a).

<sup>4</sup> Artigo ainda não publicado sendo desenvolvido pelo Dr. Leopoldo Fulgêncio et al. a partir de 2012.

peças em diferentes etapas do desenvolvimento (crianças ou adultos) necessitam de cuidados diferentes, neste sentido, nem sempre a interpretação do material inconsciente será o aspecto fundamental.

Abram, em artigo publicado recentemente (2012) no *International Journey of Psychoanalysis*, observa as contribuições de Winnicott como uma ampliação da matriz simbólica freudiana originalmente edípica, segundo a autora, Winnicott foi capaz de promover esta ampliação devido suas experiências com pacientes em profundo estado de regressão e dependência do ambiente; com relação a este aspecto, o autor em sua introdução de *Natureza Humana* (Winnicott, 1990, p. 22), admite que resistiu a aceitar os casos muito trabalhosos da tendência antissocial, mas admite que durante a guerra foi “[...]forçado a tratar deste tipo de dificuldade.” (idem) em contato com crianças transferidas e que, nesta mesma época, foi inclinando-se lentamente “[...]à tentação de tratar de pacientes adultos do tipo psicótico.” (idem), o que lhe possibilitou a seguinte dedução :

[...]e descobri que era possível aprender muito sobre a psicologia da primeira infância com adultos profundamente regredidos no decorrer do tratamento analítico, o que não teria sido possível pela observação direta de crianças, nem mesmo pela análise de crianças de dois anos e meio.(idem).

É com base no tratamento de pacientes psicóticos, portanto, que Winnicott introduz na psicanálise aspectos que não dizem respeito à satisfação instintual. Este entendimento, situado na teoria do desenvolvimento de Winnicott, nota que a patologia que o paciente comunica ao terapeuta no contexto transferencial é oriunda de uma experiência traumática que interrompeu a sua continuidade de ser, tal experiência foi vivenciada em decorrência de falhas ambientais e necessita, a fim de que o desenvolvimento seja retomado, que o ambiente sustente uma regressão e a re-experiência deste momento no contexto analítico, revivendo, nesta segunda oportunidade, a experiência mediante a condições suficientemente boas fornecidas pelo analista que, dentro de um processo ideal, acaba por propiciar assim a retomada desta continuidade de ser.

As descobertas clínicas de Winnicott acabam por notar que o bebê, ou criança, traumatizada trazida à tona no contexto clínico, ou então um paciente adulto regredido, por vezes pede que o analista atenda às suas necessidades, e não que, prioritariamente, as interprete. Colocando a experiência de ser como a mais

fundamental e primeira das experiências, e sendo categórico quanto à importância da presença de um ambiente facilitador para que estas ocorram de forma satisfatória, é possível que Winnicott tenha aumentado a compreensão e as possibilidades de ação clínica ao elaborar e fornecer um contexto que identifica que em determinados momentos na análise, e em certos pacientes, a busca é de reviver um momento traumático, sendo tal busca uma tentativa de retomar as condições para que o curso do desenvolvimento ocorra de forma sadia - nesta linha, sendo a partir de si-mesmo e não como uma reação à intrusão do ambiente.

Esta perspectiva rumo, à medida que se desenvolvem e recebe atenção por sua capacidade operativa na resolução de problemas clínicos, no sentido da ampliação, e não do descarte, do modelo estabelecido por Freud. Com relação a este inevitável movimento Blass (2013), notando a influência da obra de Winnicott, observa que é possível, alternativamente, adotar uma visão mais tradicional de suas contribuições, mas, para a autora tal postura implicaria em atribuir-lhe um papel muito menos revolucionário ante ao que suas contribuições nos movem: a complexidade envolvida na expansão das fronteiras da psicanálise.

Winnicott irá observar e descrever o processo de desenvolvimento humano voltado para outro fim do que a progressão dos instintos ou a administração de seus conflitos. Optando por fazê-lo dentro de uma linha evolutiva que vai do estágio da dependência absoluta à independência relativa, passando pela dependência relativa, o que move o indivíduo não é, apenas, a satisfação instintual como teria feito Freud em sua teoria do desenvolvimento da sexualidade. Fulgencio (2013a) observa que Winnicott discordou que o processo de desenvolvimento do ser humano pudesse ser reduzido à linha instintual, há para o autor aspectos (necessidades de ser), caracterizados como a linha identitária ou a linha de desenvolvimento do ego, de maior importância a serem considerados.

Winnicott e Klein direcionaram-se para o estudo do desenvolvimento emocional precoce atribuindo a este período fundamental importância, contudo, o olhar direcionado ao fenômeno difere à medida que Winnicott, desde o início, discorda que aquilo que o bebê busca é a gratificação instintual mediada pela relação com um objeto. Retomando: e o que moveria então o indivíduo se não a satisfação instintual? Para Winnicott a necessidade primordial é a de ser, desde o início, expressa através de sua permanente luta para continuar sendo. Localizando a

experiência de ser como o início da existência, o autor é enfático ao afirmar que “A continuidade do ser significa saúde[...]” (Winnicott, 1990, p. 148).

Este ser, postulado por Winnicott, a fim de que possa vir de fato a existir, e assim continuar sendo, só poderá fazê-lo na presença de um ambiente facilitador. Este ambiente, no início, deve ser um ambiente sensível, em permanente e contínua adaptação a estas necessidades que derivam, inicialmente, simplesmente do fato de existir, de estar vivo. Inicialmente o bebê é absolutamente dependente do ambiente, e, marcando uma diferença crucial das demais teorias psicanalíticas, Winnicott entende que “Nos estágios iniciais a dependência do ambiente é tamanha que não há utilidade alguma em pensarmos no novo indivíduo humano como sendo ele a unidade. Nesse estágio, a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo” (Winnicott, 1990, p. 153).

Esta percepção de Winnicott, do conjunto ambiente-indivíduo, difere da ideia de Klein sobre a vida pós-natal e as experiências as quais o recém-nascido vive. Para a autora, apoiando-se na definição freudiana de ego como “[...] a parte organizada do eu, constantemente influenciada por impulsos instintivos [...]” (Klein, 1963, p. 5), o bebê, desde o início, tem como prioridade administrar seus instintos; este equilíbrio -parte organizada da personalidade/impulsos instintivos- é o que busca o indivíduo, pode-se dizer, é aquilo que o move e está na base de sua existência. A busca do equilíbrio é tarefa do ego e tem início já após o parto “Meu trabalho levou-me a supor que o ego existe e opera a partir do nascimento e que[...] tem a importante tarefa de defender-se contra a ansiedade estimulada pelo conflito interno e pelas influências de fora.” (idem, p. 6). O ego nesta perspectiva controla a situação que advém do fato de sair do útero e vir a habitar o mundo. Klein não ignora, no entanto, a existência da mãe, mas a atribui um valor relativo junto aos mecanismos mentais do bebê. Isto é, ela nota que no início:

[...] a mãe é introjetada e que isto é um fator fundamental do desenvolvimento.[...] A mãe nos seus bons aspectos – amando, ajudando e alimentando a criança- é o primeiro objeto bom que a criança inclui em seu mundo interior. Sua capacidade de conseguir isto, gostaria de sugerir, é até certo ponto inata. (idem, p. 8)

Diferentemente de Winnicott, aqui não se pode falar de um conjunto ambiente indivíduo, o bebê já é, ontologicamente, independente da mãe, tem um interior e um exterior, a mãe auxilia o embate que se da entre o ego e os impulsos instintivos, é

um elemento importante, mas coadjuvante frente a busca de equilíbrio figurada no modelo pulsional e os processos mentais envolvidos.

Para Winnicott a presença da mãe é fundamental, é este contato que propicia ao bebê o sentimento de que existe e que poderá continuar existindo, o bebê, amalgamado com sua mãe, de início ainda não é sujeito de uma relação (apenas, logicamente, para o observador), não tem noção, portanto, da existência de um interior e um exterior, não fantasia acerca de nada por que vive dentro de sua realidade subjetiva, sua busca é de ser e é alcançada – para ser perdida e reencontrada depois novamente - somente pela sustentação de uma mãe atenta às suas necessidades. Winnicott não discorda da existência dos mecanismos psíquicos descritos por Klein, sua insatisfação é com a aplicação desta teoria às fases mais primitivas, pare ele tais funções são muito complexas e pertencem a uma fase posterior do desenvolvimento. Neste sentido, ao analisar o trabalho de Klein, Winnicott observa “não haver nenhuma referência específica ao estágio em que o lactente existe tão-somente por causa do cuidado materno [...]” (Winnicott, 1983h, p. 42). Anterior, e mais importante, que a satisfação instintual, o sentimento de ser, de existir, de ser real, é o aspecto fundamental e motor da existência humana, tal experiência se desenvolve e ganha complexidade por meio da tendência à integração do ser humano em contato com um ambiente facilitador, a partir desta primeira experiência os instintos poderão adquirir algum significado para o ser humano, não antes.

## 1.4 METODOLOGIA

Ao situar esta pesquisa no campo estritamente teórico penso ser proveitoso fazer algumas considerações à cerca da utilidade deste gênero de pesquisa. A pesquisa teórica pura em psicanálise não deve ser compreendida, como pode sugerir uma impressão apressada, como um elemento à parte da prática clínica, isto é, do problema empírico. Tal impressão não aprecia o seu real valor, e caso assim o seja - uma pesquisa que se restrinja a elucubrações teóricas sem correspondência com a prática – é provável que a ciência tenda a atribuir pouco valor a tentativas deste tipo. Fulgencio (2013b) ressalta que o trabalho dedicado ao estudo da teoria é como o aperfeiçoamento de um instrumento, instrumento que a ciência irá utilizar para abordar a realidade fenomênica.

A relevância de uma teoria, portanto, está em sua capacidade de servir de base à experiência empírica, esta pesquisa, então, no que diz respeito a escolha de seu método, tem o intuito de, tomando como objeto de estudo os textos de Winnicott (além de seus principais comentadores) relativos ao fenômeno em questão (descrito por Winnicott como estágio do *concern* mas originalmente apresentado por Klein como posição depressiva), interpretar o sentido deste conteúdo, proponho-me a realizar esta tarefa por meio do método hermenêutico de interpretação e leitura.

A hermenêutica pode ser compreendida como a ciência da interpretação, que tem como objetivo o fornecimento de regras para o encontro do sentido correto de determinado texto ou fenômeno.

Esta pesquisa utilizará este método tomando as produções de Winnicott relativas ao estágio do *concern* como parte, esta parte por sua vez é assim observada com a intenção de que possamos observar, iluminar, o todo, no caso a obra do autor acompanhada de suas contribuições a teoria e a clínica. Considerando que, neste contexto, a definição de um método corresponde a apresentação do caminho proposto para o estudo teórico da obra de Winnicott em diálogo com o conceito kleiniano posição depressiva, apresentarei aqui quais os principais textos que compõe este percurso.

Para a compreensão da obra de Klein e da posição depressiva, estarei me apoiando nos seguintes textos:

✓ **Aspectos gerais:**

- Dos comentadores de Klein:
  - ❖ *Uma Visão da Evolução Clínica Kleiniana – Da antropologia à Psicanálise*. Elizabeth Bott Spillius
  - ❖ *Introdução à obra de Melanie Klein*. Hanna Segal
- De Melanie Klein:
  - ❖ *Melanie Klein Amor Culpa e Reparação e outros trabalhos 1921-1945*
    - *O desmame* (1936)
    - *Amor, culpa e reparação* (1937)

✓ **Sobre a posição depressiva**

- Dos comentadores de Klein:
  - ❖ *Dicionário do Pensamento Kleiniano* - Hinshelwood

- ❖ *The New Dictionary of Kleinian Thought* - Elizabeth Bott Spillius, Jane Milton, Penelope Garvey, Cyril Couve.

- De Klein
  - ❖ *As origens da transferência* (1952)
  - ❖ *Melanie Klein Amor Culpa e Reparação e outros trabalhos 1921-1945*
    - *Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos* (1935)
    - *O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos* (1940)

Para a compreensão da obra de Winnicott e da etapa do *concern*, estarei me apoiando nos seguintes textos, na seguinte ordem:

✓ **Aspectos gerais:**

- Dos comentadores de Winnicott
  - ❖ *Winnicott* - Adam Phillips.
  - ❖ *A teoria do amadurecimento de D.W Winnicott* - Elsa Oliveira Dias.
  - ❖ *A descrição de Winnicott do processo de desenvolvimento emocional.* - Leopoldo Fulgêncio.
  - ❖ *Elementos da teoria Winnicottiana da sexualidade* – Zeljko Loparic.
- De Winnicott:
  - ❖ *Natureza Humana.*
  - ❖ *Da Pediatria à Psicanálise.*
  - ❖ *O ambiente e os processos de maturação.*

✓ **Sobre a fase do *concern***

- Dos comentadores de Winnicott:
  - ❖ *A linguagem de Winnicott.* Jan Abram
  - ❖ *As ideias de Winnicott.* Alexander Newman
- De Winnicott

- ❖ *A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal* (1954-5). Neste texto Winnicott introduz suas ideias relativas à posição depressiva, sua insatisfação com o a vinculação feito com um termo importado da psiquiatria (depressão), a sugestão do termo *concern* e demais aspectos em que se distinguem de Klein, sendo o mais importante sua observação de uma dinâmica dual e não triangular nesta etapa e apresenta sua descrição do círculo benigno que abrange tanto a bem sucedida integração da instintualidade como as consequências de falhas neste processo. Outro aspecto importante, são apresentadas considerações sobre o manejo adequado a pacientes que tiveram entraves neste período do desenvolvimento.
- ❖ *O desenvolvimento da capacidade de se preocupar* (1963). Neste texto o autor retoma as origens da capacidade para o *concern*, reafirma as diferentes funções que a mãe exerce concomitantemente nesta etapa (mãe-ambiente e mãe-objeto) e são apresentados casos clínicos que ilustram a dinâmica transferencial dos pacientes que não alcançaram, ou alcançaram e perderam, a capacidade de preocupar (*concern*).

## 1.5 DESENVOLVIMENTO

O primeiro capítulo é o de introdução.

O segundo capítulo, **Melanie Klein e a Posição depressiva**, irá abordar os aspectos gerais do pensamento de Melaine Klein, como sua teoria é baseada fundamentalmente em relações de objeto e a descrição evolutiva do indivíduo pensada em termos de fases (esquizo-paranóide e depressiva). Com isto, abordo adiante de forma mais detalhada o que é a posição depressiva para a autora e seus principais comentadores. Esta exploração permite o início da análise crítica que será feita a respeito da redescrição que Winnicott faz da posição depressiva.

Em seguida, apresento no terceiro capítulo os **Aspectos gerais do quadro teórico e epistemológico da psicanálise para Winnicott**, este capítulo tem o intuito de marcar a descrição que Winnicott (re)faz do desenvolvimento pensando-o em fases marcadas pelo tipo de relação de dependência que se dá com o ambiente. Após isto, mencionarei em seguida qual é a compreensão sobre os instintos e sua

noção de saúde. Feito isto, penso que ficarão mais claras as divergências e concordâncias entre Winnicott e Klein.

Na sequência, no quarto capítulo, **Winnicott e a fase do *concern***, iniciarei apresentando características da relação entre Winnicott e Klein. Este tópico servirá de base para o seguinte, descrição das tarefas, conquistas e integrações, em que ficarão mais claras as proposições de Winnicott para a posição depressiva e sua sugestão do termo *concern*. Isto realizado, abordo as características do manejo do ambiente terapêutico para Winnicott e em seguida realizo uma breve reflexão sobre a formação da moral a partir das ideias apresentadas.

Por último, apresento o quinto capítulo, com minhas **Considerações Finais**.

## 2 MELANIE KLEIN E A POSIÇÃO DEPRESSIVA

### 2.1 ASPECTOS GERAIS DO PENSAMENTO DE KLEIN

A fim de posteriormente analisar o gênero e a amplitude das contribuições de Winnicott em sua descrição da posição depressiva, levantarei aqui aspectos da obra de Melanie Klein úteis a esta tarefa.

Klein com suas contribuições amplia o poder de resolução dos problemas clínicos da psicanálise, seu trabalho possibilita que psicóticos e crianças passem a serem tratáveis por este método. Mais que isto, com o advento de seu trabalho os primeiros estágios da relação objetal ganham notoriedade pela primeira vez (Phillips, 1988). Spillius (2007) entende, inclusive, que a importância fundamental do trabalho da psicanalista deriva do fato de seu trabalho ter justamente começado pelo estudo e tratamento de crianças.

Em termos teóricos é possível que estejamos diante da aplicação de um modelo similar àquele destinado aos adultos desenvolvido por Freud, mas que amplia sua abrangência ao valer-se da observação e interpretação do brincar no lugar da associação livre. Outra característica, e também um indicador da relevância do trabalho da psicanalista que vai além da simples transposição da técnica do adulto à criança, foi a percepção, acompanhada de sua posterior elaboração científica, de que haveria um mundo interno na criança; um mundo interno composto de objetos internos. Este mundo, repleto de seus objetos internos em relação entre si e com o exterior, é formado já a partir das primeiras experiências de vida do bebê.

Estas primeiras experiências de vida são descritas por Klein por meio de relações de objeto, dentro desta descrição dos estágios iniciais do desenvolvimento já no início pós-natal o ser humano tem a capacidade de estabelecer relações objetais, sendo o curso de sua existência influenciado de forma fundamental por sua qualidade. Tal processo tem início por meio dos mecanismos de projeção e introjeção. No que diz respeito a sua visão do funcionamento primitivo permeado desde o início por relacionamentos objetais, Klein é clara :

[...] desejo reexpor algumas de minhas verificações sobre o desenvolvimento primitivo.[...]Desde o princípio , a introjeção e a projeção estão operantes e constituem a base da internalização do objeto primeiro e fundamental, o seio da mãe e a mãe, tanto em seus aspectos terríficos quanto bons. (Klein, 1963, p. 33-34).

Aqui temos um bebê que ao nascer relaciona-se e constitui-se por meio de mecanismos mentais (projeção e introjeção). O ego, neste instante ainda frágil, experimenta uma tremenda ansiedade frente seus conflitos instintuais e os momentos de frustração. Em meio a esta experiência o ego usa mecanismos de defesa e forma relações de objeto na fantasia e na realidade a fim de encontrar algum equilíbrio. Trata-se então de um ego primitivo e ainda desorganizado, mas que já se caracteriza como uma entidade própria. Há neste embate, por um lado, uma tendência à integração oriunda da tendência do crescimento fisiológico e psicológico que é reforçada pelas experiências de gratificação, de outro, a possibilidade do afastamento desta tendência pela presença do instinto de morte, as experiências de frustração e a ansiedade intolerável que desta experiência decorre, Segal coloca que

O ego imaturo do bebê é exposto, desde o nascimento, à ansiedade provocada pela polaridade inata dos instintos – o conflito imediato entre o instinto de vida e o instinto de morte – assim como é imediatamente exposto ao impacto da realidade externa, que tanto produz ansiedade, como o trauma do nascimento, quanto lhe dá vida, como o calor, o amor e a alimentação recebidos de sua mãe. (1975, p. 37).

Aqui se faz necessário uma menção a respeito da relação entre o instinto de morte, a frustração e a ansiedade. Para Klein a frustração não é uma via direta para a ansiedade, a frustração é algo inerente ao nascimento e as próprias necessidades corporais, sua experiência, isto é, sua intensidade bem como a capacidade para tolerá-la- está relacionada antes a quantidade que cada indivíduo carrega de instinto de morte em seu aparelho psíquico do que suas efetivas relações de objeto. Neste sentido, “[...] embora Klein não desprezasse os fatores ambientais, admitia que havia bebês melhor aparelhados para aproveitar o que o ambiente podia oferecer.” (Cintra & Figueiredo, 2004, p. 127).

Nota-se que a mãe é uma entidade separada do bebê, em busca de amparo o seio é utilizado como protótipo à administração da vida instintual pelo frágil ego que, lidando com a nova situação que é vir habitar o mundo, em sua busca por satisfação introjeta objetos que são sentidos como bons ou maus; isto ocorre conforme consegue obtê-los (gratificação) ou perde-los (frustração). Klein atribui grande

importância a estas primeiras relações que são, então, polarizadas entre um seio bom e um seio mau, amor e ódio,

Estímulos desagradáveis, incluindo a mera frustração, provocam fantasias agressivas; os gratificantes, fantasias concentradas no prazer.[...] O que poderíamos chamar de 'seios bons' se tornam protótipo de tudo aquilo que é percebido pelo resto da vida como algo bom ou benévolo, enquanto os seios 'maus' representam tudo o que é mau ou que tem o caráter perseguidor (Klein, 1936, p. 331).

Como dito, o bebê necessariamente experimenta a frustração, por melhor ajambrado que seja seu aparelho psíquico o instinto de morte e a própria situação de vir ao mundo o faz deparar-se com esta experiência. Para Klein, no entanto, não é apenas, a experiência de perder o seio que faz com que um objeto seja introjetado como um mau elemento, um mau objeto. Segundo a autora "o bebê considera estes objetos 'maus' por causa da agressão que projeta sobre eles, e não apenas porque frustram seus desejos [...]" (Klein, 1935, p. 304). A partir desta projeção da agressividade ao objeto que julga tê-lo feito experimentar a frustração o bebê passa, então, a temer a retaliação por parte deste. Este temor da retaliação é a fonte da primeira ansiedade que o bebê irá experimentar, ela é, assim, inerente a suas primeiras relações, está na base do conflito inconsciente e pode tanto promover como vir a inibir o desenvolvimento.

A expectativa desta retaliação é proporcional ao conteúdo dirigido pelo ego ao objeto, tanto o bebê como, mais tardiamente, a criança sente estes objetos como "realmente perigosos – perseguidores que irão devorá-la, esvaziar o interior de seu corpo, cortá-la em pedaços, envenená-la – em suma, promover sua destruição de todas as maneiras que o sadismo pode inventar." (idem)

Todas as relações do bebê, isto é, a troca que ele efetua com o meio tendo como base o seio materno por meio dos processos de introjeção e projeção, são portanto deformadas pela angústia e ansiedade que derivam da sua frustração, bem como de sua agressividade e da expectativa de retaliação. O bebê constitui seu mundo interno em contato com a realidade externa, é com base nela que ele procura a satisfação e, com base nestas experiências, que constrói suas fantasias. Contudo, embora a mãe e seu seio sejam protótipos da qualidade da relação que ele estabelece com os objetos, tanto em seu interior como no exterior, é a sua capacidade própria, individual pode-se dizer, de seu ego e sua força para integrar-se

e vencer o temor de retaliação e a ansiedade que habitam suas fantasias, que são determinantes para o seu desenvolvimento.

Não real no sentido estrito da palavra, este mundo interno é associado com a fantasia e está na base dos conflitos inconscientes, sua administração feita pelo ego é determinante por todo o desenvolvimento

[...] A psicanálise de crianças pequenas, que me possibilitou também retirar conclusões acerca do funcionamento da mente em estágio primitivo, convenceu-me de que tais fantasias já são ativas em bebês. A psicanálise de adultos revelou-me que os efeitos dessa primitiva vida-de-fantasia são duradouros, influenciando profundamente a mente inconsciente do adulto. (Klein, 1970, p. 97).

De forma mais enfática em outra passagem:

O trabalho analítico demonstrou sem sombra de dúvida que bebês com poucos meses de idade já entregam-se à construção de fantasias. Creio que essa é a atividade mental mais primitiva e que as fantasias já estão na mente do bebê quase desde o nascimento. Aparentemente, todo estímulo recebido pela criança imediatamente gera fantasia [...] (Klein, 1936, p. 331).

Esta perspectiva diferencia-se da de Freud, aqui a fantasia inconsciente é constituída e expressa tanto por elementos de gratificação quanto de frustração, mais que isto, é uma representação mental dos instintos (vida e morte) e não uma esquivia ao contato com a realidade ou a frustração do instinto (Spillius, 2007).

Brevemente, se então em Freud o instinto é observado como uma força biológica, “[...] que se ligam a objetos quase que casualmente[...]” (Spillius, 2007, p. 101), que busca satisfação, descarga, redução da tensão, caracterizando assim o impulso como uma busca pelo prazer, em Klein, ainda que com a mesma finalidade (prazer\evitar desprazer), os instintos estão inerentemente ligados aos objetos. O corpo do indivíduo, aqui, não é a fonte de uma expressão biológica, mas é o meio, o agente, pelo qual os instintos de amor e ódio se expressam.

Klein, portanto, embora mantenha características elementares do modelo freudiano, assentando suas teses principalmente na dualidade instintual, desenvolve sua teoria atenta às relações de objeto e, de certa forma, acaba por trilhar um caminho que vai desbiologizando o instinto, tornando-o mais psicológico, humano. Amor e ódio talvez possam ser entendidos, ainda que não tenham sido conceituados

de tal forma, como representações mentais dos instintos de vida e de morte. A ansiedade aqui acaba por assumir um papel determinante para a organização do indivíduo. Diferentemente de Freud, para Klein tal sensação não se trata de libido represada, em sua visão psicológica do instinto a ansiedade é uma resposta a forças destrutivas que existem dentro da personalidade (Spillius, 2007).

Klein considerava-se freudiana, como dito, desenvolveu-se sob os passos de Freud, o que, no entanto, não a impediu de introduzir mudanças significativas. Citada à cima, uma delas foi a inovação metodológica proposta compreendendo o brincar infantil enquanto método para análise e tratamento, outra que podemos identificar, e de certa forma até derivada desta primeira, foi a construção de uma teoria que consiste basicamente em posições -não fases- marcadas por conjuntos de ansiedades, defesas e relações de objeto denominadas de posição esquizo-paranóide e posição depressiva. Spillius (2007, p. 107) nota que esta forma de “[...] pensar o indivíduo consiste na formação de novos pensamentos a respeito de fatos clínicos já conhecidos e de conceitos parcialmente elaborados.”

Nota-se, contudo, que Klein desenvolveu sua teoria de forma a se adaptar, na medida do possível, ao quadro edípico e instintual estabelecido por Freud. A formulação de um complexo de Édipo precoce e a sua reformulação dos conceitos de sadismo e de agressão em termos de interação entre instinto de vida e de morte parecem indicar tal caminho. Tal perspectiva, no entanto, acaba por gerar algumas divergências. Enquanto para Freud mesmo havendo instinto de morte não haveria a ideia de morte ou de aniquilamento no inconsciente, para Klein não só há o medo de aniquilamento da vida no inconsciente como se trata da ansiedade primária do indivíduo (mais básica e anterior, inclusive, as ansiedades de nascimento, separação e de castração). Se em Freud a deflexão do instinto de morte é um fenômeno promovido pelo organismo, para ela este evento é atribuído ao ego (Spillius, 2007).

Klein entende que parte do instinto de morte acaba sendo projetada para dentro do objeto primário (seio), o que acaba por torná-lo um perseguidor, sendo que, ao mesmo tempo, outra parte fica contida na personalidade. Esta parte remanescente, então, volta-se contra o objeto persecutório, aqui está a origem da agressão para a psicanalista (Spillius, 2007), nesta visão, a expressão do ódio se dá pelo direcionamento intencional do bebê aos objetos que lhe são hostis, potencialmente perseguidores e que frustram seu equilíbrio.

Dentro da perspectiva kleiniana assentada no conflito instintual, nota-se que desde o início o bebê se vê em vias de lidar com duas tendências opostas, uma que visa a integração e outra que tende à divisão (*splitting*). Embora mesmo nos primeiros meses o bebê experimente a sensação de integração de forma mais ou menos completa, é apenas quando os processos integradores se tornam mais estáveis e contínuos que a entrada na posição depressiva se torna possível, uma fase nova do desenvolvimento que muda radicalmente o gênero de experiências as quais o indivíduo está sujeito.

Klein entende que, anterior a este período, a ansiedade preponderante é de natureza persecutória, o bebê sente medo de que possa ser aniquilado em decorrência da ação do instinto de morte que opera internamente no organismo. O instinto de morte, dirigido contra o organismo, exige inicialmente o uso constante do mecanismo divisão (*splitting*) pelo ego como recurso defensivo frente a ansiedade. Mediante o uso deste mecanismo o bebê pode se relacionar apenas com objetos parciais, isto é, a gratificação (relação com o objeto sentido como bom) e a frustração (relação com o objeto sentido como mau) são experiências que se dão com objetos absolutamente diferentes, seus impulsos destrutivos destinam-se (via projeção) aos objetos sentidos como maus, e, em decorrência deste ataque que faz(ou se fantasia fazendo), o indivíduo passa a temer uma possível retaliação. Este quadro é composto, ainda, pelas experiências de frustração e desconforto advindas da experiência do nascimento, sentimentos que decorrem do fato de não estar mais aconchegadamente respaldado pelo útero materno.

O instinto de morte, as sensações originárias da sensação inteiramente nova que é o nascimento, a relação objetal parcial matizada por impulsos destrutivos e o decorrente temor de retaliação constituem, então, as forças más e o quadro da natureza da primeira e fundamental ansiedade (persecutória) para Klein. O elemento que contrapõe este estado, promovendo a possibilidade de integração, isto é, o contrário da divisão/cisão, advém do “[...] conforto e os cuidados dispensados após o nascimento, particularmente as primeiras experiências de alimentação.” (Klein, 1952, p. 72), são estas pois, as forças sentidas como boas.

Esta é, então, a ideia de Klein da vida pós-natal: em decorrência primeiro da ação do instinto de morte e, de forma secundária, da frustração dos desejos e da experiência traumática do nascimento, o bebê projeta sua agressão ao meio, passando então a viver sob uma expectativa de retaliação sendo a ansiedade

(paranoide) que daí deriva responsável pela relação objetal vivida de forma dividida ,isto é, parcial pelo ego . Os sentimentos de gratificação e amor são dirigidos para um objeto, o seio bom, enquanto os impulsos destrutivos e os sentimentos de perseguição tem outra meta, o seio mau (aquilo sentido como frustrante e potencialmente aniquilador); a cisão opera em seu ponto mais alto, amor e ódio, aquilo que é vivido com o seio bom e com o seio mau, são experiências que ocorrem de forma separadas.

Uma saída, frente a ansiedade que decorre do conflito entre aquilo que é sentido como bom e a ameaça que representa a relação com aquilo que é sentido como mal, encontrada pelo bebê para lidar com esta situação passa a ser a maximização das forças boas, isto é, o objeto bom é idealizado no intuito de dar conta da pungência e periculosidade do objeto mau perseguidor. Este momento, que precede a posição depressiva, em que a ansiedade persecutória predomina, assim como a idealização em resposta, Klein denominou de posição esquizo-paranóide.

É desta forma então, já capaz de estabelecer relações de objeto desde o início de sua vida pós-natal em meio ao constante processo de projeção e introjeção, que o bebê, entre o 4 e o 6 mês, estará apto a adentrar a fase da posição depressiva. Para tal, Klein nota que “A crescente capacidade do ego de integração e síntese leva cada vez mais, mesmo durante esses primeiros meses, a estados em que o amor e o ódio e , correspondentemente, aspectos bons e maus dos objetos são sintetizados (Klein, 1952, p. 73)”. O bebê, envolto anteriormente na disputa entre o objeto mal persecutório e a idealização do objeto bom, neste instante, alcança um fortalecimento deste segundo perante o primeiro, Segal (1975) diz que o indivíduo tem a percepção de que “[...] seu objeto ideal e que seus próprios impulsos libidinais são mais fortes do que o objeto mau e seus impulsos maus” a partir daí:

[...]ele será cada vez mais capaz de identificar-se com seu objeto ideal e, em virtude dessa identificação, bem como em virtude do crescimento fisiológico e do desenvolvimento do seu ego, ele sentirá cada vez mais que este se torna mais forte e mais capaz de se defender e de defender seu objeto ideal (1975, p. 80).

Outro aspecto que é importante ressaltar é que para Klein (1952) é durante a fase da posição depressiva, e relacionado a ela , que surge o complexo de Édipo. Para a autora, assim como a integração do indivíduo e dos objetos parciais seio bom e seio mau em um objeto total (a mãe), “Processos semelhantes se dão em relação

ao pai e a outros membros da família.” (Klein, 1952, p. 73). Segal nota que fica “[...] implícito na definição fornecida por Melanie Klein da posição depressiva que o complexo de Édipo começa a se desenvolver durante essa fase, da qual é parte integrante” (1975, p. 117). Isto significa que na descrição kleiniana da posição depressiva, além da culpa relacionada à perda de objetos amados e a ansiedade que deriva deste processo, o bebê também se vê em vias de lidar com a existência de outras pessoas (objetos totais) para além da pessoa amada e ele mesmo; “[...] na situação depressiva, o bebê não tem de lidar apenas com um seio e uma mãe internos destruídos, mas também com o casal de pais interno destruído” [...] (Segal, 1975, p. 118).

Klein, que fora uma pioneira na exploração da intensidade passional da vida emocional precoce (Phillips, 1988), manteve em suas observações o complexo de Édipo como central e estruturante. Hinshelwood (1992, p. 72) aponta que:

A psicanálise ortodoxa da época em que Klein começou o seu trabalho estabeleceu que o problema nuclear de todas as neuroses era o complexo de Édipo. Klein nunca questionou isso, mas, encarou o complexo de um ponto de vista cada vez mais divergente.

É o que a autora faz, chegando a concebê-lo, mediante a sua observação da ação em crianças pequenas de um superego primitivo e muito sádico, e que não correspondiam a seus pais reais, como um fenômeno ligado ao desmame (Spillius, 2007). Klein desenvolveu-se sob os passos de Freud e compreendeu sua produção como uma extensão de seu trabalho, Spillius (1975, p. 100) nota “uma fidelidade consistente”, o que, por sua vez, não retira o caráter inovador de suas contribuições.

## 2.2 A POSIÇÃO DEPRESSIVA PARA MELANIE KLEIN

O desenvolvimento de Klein do conceito posição depressiva foi apresentado à Sociedade Britânica de Psicanálise em 1934. É comum que a apresentação da teoria seja relacionada à época da vida da psicanalista que retornava à Suíça para o congresso de psicanálise poucos meses após um acidente sofrido nas montanhas que resultara na morte de seu primogênito, Hans. Petot (1982) observa, contudo, que o evento serviu apenas para desencadear uma atividade teórica cuja condição

já estava pré-determinada. Se trata, portanto, de uma teoria que “pertence à história das ideias, e não à psicobiografia.” (p. 4).

Pode-se dizer que a descrição da chegada à posição depressiva feita por Klein nos remete a um novo estado de coisas. Os tipos de relação de objeto e o gênero da ansiedade, bem como as defesas, experimentada pelo ego passam a diferir radicalmente do vivido até então pelo bebê, ele vê-se impelido a assumir uma nova posição. Klein diz “Ao dar esse passo, o ego atinge nova posição, que serve de base para a situação chamada de perda do objeto amado”. (Klein, 1935, p. 306).

Vejamos do que se trata este novo estado de coisas, esta nova posição e a referida perda do objeto amado. Em termos gerais, se anteriormente por meio das relações de objeto parciais o ego dirigia despreocupadamente seu amor a objetos que lhe gratificavam e seu ódio aos que o frustravam, agora, relacionando-se com um objeto total, é instaurada uma dúvida com relação a benevolência ou maldade daquilo com que se relaciona. Se anteriormente o ego temia ser atacado em decorrência dos ataques que dirigia aos objetos maus, neste instante, com a síntese das diferentes partes do objeto, surge a preocupação com relação a seu estado, pode-se dizer que o ego nota, e sente o pesar, pelo fato de que sua agressividade era dirigida não apenas para o objeto mau como também para o bom. Mais do que isto, tendo em vista que os objetos existem não só no exterior como no interior, a ansiedade decorre do temor da destruição tanto do objeto externo como dos objetos que habitam o interior do próprio ego.

A partir da mudança do tipo de relação de objeto e juntamente com o tipo de ansiedade e defesas experimentadas, há, ainda, mais um elemento igualmente importante neste contexto: o complexo de Édipo. Explicarei este tema mais adiante.

Pode-se dizer que a entrada na posição depressiva na perspectiva kleiniana representa uma vitória dos elementos integradores sobre os que tendem à divisão/cisão – trata-se de uma fase na qual o indivíduo chega devido a seu sucesso na articulação\administração entre seus instintos e seus objetos (internos e externos, bons e maus). A capacidade do ego de integração, junto à maturação do sistema nervoso e de sua capacidade de percepção, permite um abrandamento no uso da projeção, a ansiedade persecutória diminui e a capacidade de síntese dos objetos permite que amor e ódio, bem como aspectos bons e ruins, sejam experimentados como objetos mais próximos. Todo este processo, contudo, introduz o indivíduo à

novos desafios que , para Klein, configuram “a posição central do desenvolvimento da criança”. (Klein, 1940, p. 390).

Os acontecimentos mencionados, então, dão origem a outra forma de ansiedade, a ansiedade depressiva. A mãe passa, a partir deste momento, a ser cada vez mais reconhecida como uma pessoa (objeto total), neste instante a “A ansiedade depressiva é intensificada, pois o bebê sente que destruiu ou está destruindo um objeto inteiro com sua voracidade e agressão incontroláveis.” (Klein, 1952, p. 73). A posição depressiva na descrição de Klein é a situação em que o bebê, devido à crescente síntese de suas emoções, percebe que “esses impulsos destrutivos são dirigidos contra uma pessoa amada.” (idem), em “essência é a ansiedade e a culpa relativas à destruição e perda dos objetos amados internos e externos”. (idem). Nota-se que a agressão e os impulsos destrutivos são elementos centrais deste estágio, se nota que é deles, pois, que advém tanto o pesar, a culpa e o anseio pela restauração do objeto, como, com a elaboração deste conteúdo, a capacidade de amar do indivíduo e suas atividades construtivas, sociais e morais.

Estamos diante de uma grande mudança, a perda do objeto amado é a perda do objeto ideal que, anteriormente engajado no embate contra os objetos maus, passa agora -enquanto objeto total- a ficar *sub judice*:

Trata-se de uma relação nova com a mãe, uma relação em que a própria mãe, excepcionalmente boa, inteiramente bem intencionada [...] passa a ser uma figura mista, particularmente hostil e, portanto, contaminada, danificada, não mais a perfeição que a criança deseja (Hinshelwood, 1992, p. 155).

O bebê se depara então com “[...] sentimentos pouco conhecidos na posição esquizo-paranóide: o luto e o anseio pelo objeto bom – sentido como perdido e destruído – bem como a culpa [...]”. (Segal, 1975, p. 83). Estes sentimentos pouco conhecidos levam o bebê a experiência, inédita até então, da constatação das consequências da ambivalência de seus afetos; a situação emocional decorrente deste reconhecimento passa a ser, então, o “desespero depressivo” (idem). O objeto no mundo externo, por ter sido devorado ou destruído, pode não estar mais disponível e, acentuando ainda mais a perplexidade emocional do bebê, ele acaba por sentir a destruição de si próprio, também, enquanto objeto interno, ficando seu mundo interno, por identificação com o objeto destruído, “[...] como estando em pedaços” (idem).

Klein entende que surge aqui uma nova tarefa para o ego, cabe a ele neste instante recolher, isto é, integrar os pedaços decorrentes da destruição que se percebe o autor. A chegada à posição depressiva, assim, passa a exigir do ego novas defesas, como já colocado, há uma mudança na ansiedade preponderante-de paranoide para depressiva - suas fantasias sofrem alterações, surge aqui o sentimento de culpa. Klein coloca que:

A identificação total com o objeto baseada numa ligação libidinal – primeiro ao seio, depois à pessoa como um todo- vem acompanhada de ansiedade por este objeto (pela sua desintegração) ,de culpa e remorso, do senso de responsabilidade de preservá-lo contra seus perseguidores e o id, e da tristeza relacionada à expectativa de perdê-lo. (Klein, 1935, p. 312).

Aqui, além da culpa, há a experiência de outros elementos análogos como remorso, o senso de responsabilidade, tristeza e a expectativa de perda que são identificados dentro do quadro da doença depressiva. No texto *Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos* (1935), em que Klein articula pela primeira vez de forma sistematizada sua ideia acerca da posição depressiva, é apresentado um contraponto interessante entre a doença paranoica e a depressiva. Segundo a autora, enquanto o depressivo sofre mediante uma identificação total com o objeto e sua posterior consideração pelo seu estado, o paranoico, por sua vez, realiza este processo de maneira precária ou não chega a fazê-lo, sua ansiedade não deriva, assim, da preservação do objeto, mas da preservação do próprio ego. Pode-se dizer que o paranoico falha na identificação com um objeto inteiro, a introjeção de um objeto total e estável não ocorre, a ansiedade persecutória é tamanha que impede sua capacidade de síntese, de integração de diferentes partes dos objetos. Ele não se preocupa, assim, com o estado do objeto, este não merece sua atenção que é antes destinada a dar conta de forças hostis e de cuidar de si próprio:

Apesar de desenvolver um poder de observação extremamente aguçado do mundo externo e dos objetos reais (por causa da ansiedade persecutória e das suas suspeitas constantes), essa capacidade de observação e seu senso de realidade são distorcidos, pois a ansiedade persecutória faz com que o paranoico observe as pessoas principalmente no intuito de averiguar se são perseguidores ou não”. (1935, p. 312)

A posição depressiva é apresentada como um avanço no desenvolvimento, os objetos podem ser percebidos mais próximos da realidade, ao lidar com a ambivalência o ego depara-se com o fato de que o objeto não é única e estritamente mal ou bom, mas sim possuidor de ambas as características, pode-se imaginar a perplexidade emocional de tamanha descoberta e é por isto que a mudança refere-se a todo um estado de coisas. Ao mencionar que trata-se de uma mudança, contudo, penso que é necessário marcar que esta não se trata de um salto, isto é, as experiências passadas não são abandonadas, mais do que isto, elas são parte integrante daquilo que passa a ocorrer. Klein observa no estado depressivo a “mistura da ansiedade paranoide com os conteúdos de ansiedade, sensações de sofrimento e defesas ligadas à possível perda do objeto amoroso inteiro.” (1935, p. 317).

No seu texto de 1935 Klein entendia que embora o objeto fosse visto como inteiro ele ainda era separado entre bom e mau, a *Nota Explicativa da Comissão Editorial Inglesa* explica que o objeto passava por uma “contínua divisão em planos cada vez mais próximos da realidade (...)” (Klein, 1935, p. 301), em um trabalho posterior, *O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos* (Klein, 1940), a autora altera este ponto de vista atribuindo a unificação do objeto o aspecto mais importante da posição depressiva, tal unificação representa a perda uma vez que o objeto, percebido em sua totalidade, faz o indivíduo depara-se com o fato de que o objeto bom fora atacado tal qual o objeto mau por seus impulsos destrutivos pelo fato de ser partes do mesmo todo. Neste artigo, que pode ser considerado uma continuação de *Uma contribuição aos estados maníaco-depressivos* (Klein, 1935), Klein irá, apoiada na descrição dos processos de luto descritos por Freud em *Luto e melancolia* (Freud, 1917), relacionar os estados mentais da criança experimentados na posição depressiva ao luto do adulto, ou melhor, ela observa que o adulto em processo de luto revive a situação da posição depressiva infantil ao se deparar com uma perda ulterior. O ocorrido na posição depressiva infantil torna-se a base para as experiências, inevitáveis, de luto (perda) que acompanham a existência, Klein sugere que a forma como um adulto encara um processo de luto, recuperando-se, ou entregando-se ao desespero maníaco-depressivo, depende fundamentalmente de sua experiência mais arcaica de perda: a perda do seio, do objeto bom. “O objeto que desperta o luto é o seio da mãe, juntamente com tudo aquilo que o seio e o leite

passaram a representar na mente do bebê: o amor, a bondade e a segurança.” (Klein, 1940, p. 388).

Frente a este novo estado, esta nova posição, o ego irá se valer na melhor das hipóteses – isto significa, seguir adiante e não retornar abruptamente à posição esquizo-paranoide - de duas vias: defesas maníacas e os mecanismos de reparação.

A organização das defesas maníacas consiste, de uma maneira geral, na negação da percepção que a posição depressiva promove. Ou seja, são defesas que se erigem contra a constatação da dependência- retornando a onipotência-, da ambivalência – reiterando a possibilidade de divisão (splitting)- e a existência de um mundo interno-negando sua existência bem como a de objetos que são valorizados. Cabe colocar, contudo, que as defesas maníacas por si só não são observadas como um recurso patológico, ao contrário, “exercem um importante e positivo papel [...] no desenvolvimento [pois] protegem o ego do desespero total.” (Segal, 1975, p. 95). Quando o desespero diminui as defesas maníacas se fazem menos necessárias, os mecanismos de reparação, que constituem uma resolução mais elaborada- mais lenta e trabalhosa também- podem começar a se desenvolverem e fazer algo mais efetivo a respeito das ansiedades depressivas. Spillius (Spillius 2007) nota que o indivíduo, temeroso em relação à perda do objeto ideal, “tem um grande anseio de reparar o dano” (p.112). Hinshelwood (1992) nota que Klein, nos passos dos trabalhos anteriores de Freud (1917) e Abraham (1924) sobre a melancolia, entende que o trabalho a ser realizado na posição depressiva é o trabalho do luto; nesta perspectiva, tal qual o luto do adulto, o bebê sente emocionalmente o mesmo gênero de experiência ao se deparar com o medo da perda do objeto. Para Klein (1970, p. 104):

Mesmo na criança pequena é possível observar-se uma preocupação pelo ser amado que não é, como se poderia julgar, meramente um sinal de dependência de uma pessoa amiga e prestimosa. Paralelamente aos impulsos destrutivos presentes na mente inconsciente tanto da criança como do adulto, existe um anseio profundo de sacrificar-se, no intuito de auxiliar e de consertar pessoas queridas que em fantasia foram danificadas ou destruídas. Nas profundezas da mente, o anseio intenso de fazer felizes as pessoas está associado a um intenso sentimento de responsabilidade e preocupação por elas, que se manifesta através de simpatia genuína para com outras pessoas e da habilidade de compreendê-las, tais como elas são e tais como elas se sentem.

A reparação não é uma fase, e, embora seja uma resposta a ansiedade depressiva, também não é um mecanismo de defesa por se tratar antes de uma modificação do que uma fuga em relação a ansiedade – trata-se de um método que, assim como a sublimação, administra os impulsos ao invés de defender-se deles (Hinshelwood, 1992, p. 162). Spillius (2007), situando as possíveis complicações decorrentes de oscilações da capacidade integrativa do ego durante a posição depressiva, aponta que a dor da integração é tão grande que se não adequadamente elaborada pode vir a propiciar o uso de mecanismos como: reparação maníaca e obsessiva, negação, triunfo e desprezo; estes falhando, o resultado pode ser o retorno por longos períodos à posição esquizo-paranóide.

A resolução da posição depressiva, para Klein, consiste na possibilidade de restauração do objeto (interno e externo), é “a confiança no otimismo, apesar de tudo.” (Hinshelwood, 1992, p. 163). Esta confiança é, também, a “confiança em seu próprio amor” (Segal, 1975, p. 105), ou, de forma mais esquemática, a confiança na sua capacidade de restaurar objetos. Esta capacidade possibilita a “internalização segura do objeto bom, que, na visão de Klein, se torna o núcleo do ego, a base da segurança e do auto-respeito.” (Spillius, 2007, p. 112). Esta resolução do estado de luto promovido pela ansiedade depressiva mediante a internalização segura de um objeto bom é parte fundamental, portanto, da “futura saúde mental do indivíduo” (idem), bem como de sua “capacidade de amar”, por outro lado, seu fracasso “constitui a base da doença maníaco-depressiva” (idem, p. 113).

Cabe a colocação, ainda, da relação que Klein estabelece entre a posição depressiva e o complexo de Édipo. Hinshelwood (1982, p. 73) observa na forma como Klein lida com o complexo de Édipo um caminho que a levou a conceituar as ideias que compõe a posição depressiva, a autora nota que enquanto Freud compreendia que os pais edipianos eram perdidos e, por meio de um processo semelhante à outras perdas, acabavam sendo introjetados, sendo a introjeção deste objeto interno a gênese do superego, para Klein os objetos internos resultantes dos pais edipianos ganharam, em um primeiro momento, o estatuto de serem as figuras psicológicas mais importantes (mais importantes, inclusive, que as figuras externas) na vida mental do bebê e da criança. Nesta linha, Klein compreendeu que os objetos internos amados e odiados chegavam, durante o processo de desenvolvimento, a uma convergência que compunha um objeto interno que era tanto amado como

odiado, é justamente desta confluência, marcada tanto pela presença do amor quanto de ataques sádicos, que Klein descreve “uma constelação especial de afetos, atitudes, relações objetais, ansiedades e defesas” (p. 77) que vieram a compor a posição depressiva.

Tanto a dinâmica quanto a resolução da posição depressiva, para Klein, nesta linha, desenvolve-se sob o processo de luto e é neste sentido que ele permanecerá ligado ao complexo de Édipo ao longo do desenvolvimento da teoria da psicanalista, neste sentido Cintra & Figueiredo (2004, p. 159) destacam:

Complexo de Édipo e posição depressiva ficaram sempre associados no pensamento kleiniano [...] Não é suficiente entrar na posição depressiva, o mais difícil é, na verdade, a sua elaboração mais intensiva, processo que nos casos mais saudáveis ocupa os cinco primeiros anos de vida – o chamado período de elaboração da neurose infantil [...].

Desta forma podemos observar que o cenário do luto descrito por Klein por meio de relações triangulares situadas no cenário edípico, e sua evolução até a conceituação da posição depressiva, torna-se um elemento central e determinante tanto para a saúde como para complicações no desenvolvimento do indivíduo, Hinshelwood (1982, p. 78-79) oferece uma compreensível e esclarecedora relação entre a elaboração necessária à posição depressiva e as angústias edípicas quando observa que:

Esta capacidade de pôr-se de lado e observar um relacionamento entre dois objetos exige a capacidade de suportar o sofrimento de ser deixado de fora e, portanto, o impacto pleno do sofrimento edípico clássico. É neste momento que à capacidade de amar e odiar junta à capacidade de observar e conhecer, uma das grandes características da posição depressiva. Dessa maneira, a posição depressiva é mais que a consecução do complexo de Édipo; ela envolve a capacidade de começar a ter um melhor conhecimento dos mundos interno e externo[...].

Esta referida capacidade, de começar a ter um melhor conhecimento dos mundos interno e externo, associada à posição depressiva, constitui-se como a base e o objetivo do processo analítico kleiniano, isto por que, em último caso, “A busca das realidades psíquicas [isto é, internas e externas] permanece o objetivo primordial do processo analítico” (Segal, 1975, p. 137).

### 3 ASPECTOS GERAIS DO QUADRO TEÓRICO E EPISTEMOLÓGICO DA PSICANÁLISE PARA WINNICOTT

#### 3.1 REDESCRIBÇÃO DA TEORIA DO DESENVOLVIMENTO

O processo de redescrisção do conceito posição depressiva, apresentado por Melanie Klein, para fase do *concern*, como propôs Winnicott, trata-se de um caminho, dentre outros possíveis, para observarmos as relações entre as ideias do autor e a psicanálise desenvolvida por Freud e continuada por Klein<sup>5</sup>. Se por um lado este caminho encontra correspondências e continuidade<sup>6</sup>, há outro em que observamos Winnicott utilizar os conceitos psicanalíticos “de uma forma idiossincrática, e por vezes desconcertante, que não era compatível com a teoria psicanalítica tradicional” (Phillips, 1988, p. 24). Alguns aspectos de tal incompatibilidade são: a relevância (demasiada) dada a satisfação instintual, as necessidades que precedem o desejo, os primeiros estágios da elaboração do ego, a aquisição da capacidade para usar um objeto, responsabilizar-se pelo dano infligido a este e elaborar algo a respeito. Destaco aqui um trecho do texto *Enfoque pessoal da contribuição kleiniana (1962)*, em que Winnicott descreve a divergência que notara entre a psicanálise que estudara, e começara a aplicar, e o que se deparava em sua clínica:

Então, inumeráveis histórias clínicas me mostravam que crianças que se tornaram doentes, seja neuróticos, psicóticos, psicossomáticos ou antissociais, revelavam dificuldades no seu desenvolvimento emocional na infância, mesmo como bebês. Crianças hipersensíveis paranoides podiam até ter começado a ficar assim nas primeiras semanas ou mesmo dias de vida, Algo estava errado em algum lugar. (Winnicott, 1983e, p. 157).

Winnicott, contudo, não parece propor uma substituição. Na verdade, ao longo de sua obra o autor faz questão de mencionar e atribuir valor aos autores e trabalhos que o precederam. Em *Aspectos clínicos e Metapsicológicos da*

<sup>5</sup> Refiro-me neste ponto a relação entre Winnicott e os trabalhos de Freud e Klein por serem estes os autores citados com mais frequência ao longo de sua obra, isto não significa que Winnicott ignore os demais psicanalistas, em *Enfoque pessoal da contribuição kleiniana (1962)*, por exemplo, ele diz: “De meu ponto de vista a psicanálise na Inglaterra foi um edifício cujas fundações eram Ernest Jones. Se alguém granjeou minha gratidão foi Ernest Jones [...]” (Winnicott, 1983e, p. 157).

<sup>6</sup> No que diz respeito às correspondências com a obra especificamente de Klein, Phillips entende que o trabalho de Winnicott “[...] não pode ser entendido sem referência a Klein. É um comentário e uma crítica contínua, e por vezes implícita, sobre o trabalho dela.” (Phillips, 1988, p. 31).

*Regressão no Contexto Analítico* (Winnicott, 2000b), por exemplo, Winnicott observa o movimento regressivo dos pacientes em análise de um ponto de vista diferente do de Freud, notando que Freud descreveu o trauma como uma fixação libidinal em determinada fase do desenvolvimento instintual, Winnicott entende que os pacientes, ao regredirem, buscam retornar à experiência traumática no intuito de reviverem esta experiência, desta vez, contando com um ambiente facilitador que o permita integrá-la a seu ego. Mesmo introduzindo aspectos inovadores, como tarefas ambientais específicas que alteram o proceder clínico clássico, Winnicott ao referir-se a teoria do desenvolvimento instintual, ressalta que “[...]esta teoria já comprovou o seu valor e é utilizada em nosso trabalho cotidiano, de modo que não há motivos para abandoná-la enquanto a examinamos com um novo olhar” (Winnicott, 2000b, p. 379).

Aqui tratarei desta percepção de Winnicott da necessidade de um novo olhar, tal olhar, no entanto, é muito amplo para ser abordado por completo no presente estudo ou restringido ao processo de redescrição dos conceitos trabalhados (posição depressiva e/ou *concern*). Proponho, assim, abordar aqui alguns aspectos que considero úteis para compreendermos o sentido deste novo olhar no âmbito do estágio que é objeto de estudo desta pesquisa, isto nos leva, principalmente, as considerações do autor sobre o desenvolvimento em torno da dependência do ambiente e as tarefas ambientais que facilitam, ou dificultam, o processo maturacional impulsionado pela tendência inata à integração do ser humano – aspectos relativos a necessidade de ser serão abordados também, uma vez que esta trata-se da necessidade humana fundamental para Winnicott.

É possível dizer que Winnicott, ao longo de sua obra, notou que pensar o indivíduo a partir da qualidade do instinto dentro do esquema de fases -ou posições- é útil e operativo. Ao referir-se a teoria do desenvolvimento instintual (ou sexual), o autor coloca que: “Tudo isto está bem. É tão verdadeiro agora como era então, e nos iniciou em nosso pensamento e na estrutura da teoria pela qual nos orientamos. Está, portanto em nossos ossos, por assim dizer” (Winnicott, 1983a, p. 79). No entanto, mesmo admitindo certa eficácia, Winnicott deparou-se com pacientes que não eram contemplados por tal método<sup>7</sup>, acabando por notar, assim, que “uma

---

<sup>7</sup> Embora ciente da necessidade de um modelo psicanalítico mais abrangente, isto é, que fosse possível tratar além dos neuróticos, Winnicott parecia realmente preocupado em tornar claro que suas ideias não constituíam uma substituição dos modelos anteriores: “Se escolhi examinar

grande quantidade de material clínico não se encaixa nos moldes desta teoria.” (Winnicott, 2000b, p. 380). Como alternativa, Winnicott sugere pensarmos o indivíduo e o seu desenvolvimento em função do ego e da dependência. Nesta visão, torna-se fundamental considerarmos o papel do ambiente em tal processo – o que não é necessário se o fizermos em função do id ou dos instintos (Winnicott, 1999, p. 4 ).

Pode-se dizer que Winnicott identifica uma deficiência no método psicanalítico em lidar com os sintomas de indivíduos que não passaram pelos cuidados adequados (na constituição do ego), na visão do autor, aqueles que não se encaixavam no quadro clássico dos psiconeuróticos, e alerta: “Precisamos de critérios mais sutis” (Winnicott, 1999, p. 9)<sup>8</sup>. Winnicott não ignora os estudos realizados das fases pré-genitais dos instintos, a questão para o autor é que este trabalho começava a evidenciar dificuldades de expandir-se a uma parcela mais abrangente de manifestações patológicas por estar sendo aplicado a pessoas que tinham outro tipo de necessidade que aquelas desenvolvidas e centradas no reino das relações interpessoais. Nesta visão, os problemas\patologias apresentados\comunicadas pelos pacientes mostravam-se discordantes de uma teoria que sugere a sexualidade e os instintos como os motores últimos da existência (Fulgencio, 2013a).

Ao fazer este gênero de observação, discordando da satisfação instintual como aspecto motor da existência e atribuindo ao ambiente uma importância crucial dentro do processo de desenvolvimento do ser humano, penso ser importante marcar que as ideias de Winnicott não se devem, apenas, a embates teóricos. Na verdade, o autor ao longo de sua obra vai distanciando-se das discussões metapsicológicas que regem o funcionamento dos processos mentais, mediados por forças pulsionais e processos energéticos, que envolveriam o indivíduo na sua complexa busca por satisfação e sobrevivência. Integrando sua formação

---

crescimento em termos de dependência, mudando gradualmente no sentido da independência, se concordará, espero, que isso não invalida de modo algum a conceituação que possa ser feita sobre o crescimento em termos de zonas eróticas ou de relações objetais.” (Winnicott, 1983a, p. 79).

<sup>8</sup> Winnicott, a respeito disto, observa que Freud teria esbarrado nesta “limitação” pelo fato de ele próprio ter sido um indivíduo que teve a sorte de ter uma infância com cuidados suficientemente bons, possibilitando-o chegar ao Édipo como uma pessoa inteira e fazendo-o assim a interessar-se e desenvolver suas contribuições a dar conta de processos pertencentes aos relacionamentos interpessoais (Winnicott, 1999). Phillips (1988, p. 28) sobre esta diferença, nota que “Foi o Complexo de Édipo – o relacionamento entre três pessoas – e não a vulnerabilidade dependente precoce do bebê o que Freud viu como ponto crucial da psicanálise”.

psicanalítica a seu percurso pediátrico e, somado estes, a situação ambiental da Inglaterra pós-guerra (que fez com que os ambulatórios recebessem muitas crianças que não tiveram um adequado cuidado ambiental), Winnicott acabou deparando-se com o tratamento de bebês e crianças que, além de direcionar sua observação para os acontecimentos mais primitivos e precoces da vida do ser humano, o fez suspeitar que suas patologias derivavam de outro fator que insatisfações, ou repressões, na administração da vida instintual. Phillips, sobre este contexto, nota que “Assim como as chamadas ‘neuroses de guerra’ tinham influenciado no desenvolvimento da teoria psicanalítica, os problemas das crianças evacuadas na Inglaterra mudaram o pensamento psicanalítico sobre a infância” (Phillips, 1988, p. 99).

Não foram, no entanto, apenas as crianças e bebês que Winnicott se propôs a tratar que o alertaram a outros aspectos essenciais à vida humana que a satisfação do instinto, o trabalho com psicóticos também o auxiliou neste caminho. Winnicott não foi pioneiro neste sentido, outros psicanalistas já haviam tentado estender a psicanálise a patologias para além da neurose, sua visão é inovadora, neste campo, devido as considerações etiológicas que reivindica. Para o autor, é a falha ambiental que está na gênese da patologia psicótica, isto significa, dentro de sua compreensão de uma teoria do desenvolvimento, pacientes (quer sejam bebês, crianças ou adultos) que não receberam o cuidado ambiental adequado sofrem de maneira diferente, bem como necessitam de um manejo diferente, daqueles que tiveram a oportunidade de serem bem cuidados (o que não os exclui de enfrentar, também, dificuldades). Notando, então, as repercussões do cuidado ambiental fornecido ao indivíduo para o seu desenvolvimento, tanto saudável quanto patológico, Winnicott chega ao tema da dependência.

Winnicott descreve dependência do ambiente em três diferentes níveis ao longo do processo de desenvolvimento: dependência absoluta, dependência relativa, rumo à independência. Foge do contexto deste trabalho uma explicação detalhada de cada etapa, o que procuro salientar aqui é a importância atribuída ao ambiente de forma inovadora dentro da psicanálise e os desenvolvimentos que o autor faz e suscita a partir desta consideração. A posição depressiva, ou estágio do *concern*, localiza-se na teoria de Winnicott na fase da dependência relativa, é dentro desta etapa que ocorre a integração da unidade, é neste período também, que o indivíduo reconhece não só a sua existência como a do ambiente e, assim, é apresentado a

dependência enquanto um fato – anteriormente ela já existia, ele só era incapaz de percebê-la. A dependência neste estágio caracteriza-se pelo fato do indivíduo ser capaz de relacionar-se apenas com uma pessoa (mãe ou mãe-substituta), tal característica é importantíssima uma vez que as dinâmicas que se dão ao longo deste período dual, bebê e mãe, são descritas por Winnicott como anteriores ao complexo de Édipo, assim, são constituídas de elementos (ansiedades e defesas) que não referem-se a castração ou a figura de um pai interventor.

É durante a fase do *concern*, etapa que só é possível após o reconhecimento do status de unidade e marcada pelas dinâmicas duais estabelecidas entre o bebê e a mãe, que a vida instintual ganhará significado para o indivíduo. Isto implica em um processo em que ela passará a ser reconhecida, integrada ao ego\eu que, gradualmente, toma responsabilidade sobre ela. Nota-se que Winnicott tece sua teoria do desenvolvimento observando as integrações que o ser humano é capaz de fazer, ele não discorda de toda dinâmica edípica, mas a coloca como parte do processo ao invés de atribuí-la importância máxima na constituição do indivíduo. Loparic, notando o fato de Winnicott tecer uma teoria do desenvolvimento para além da dinâmica edípica, entende que o psicanalista concebeu “uma psicanálise sem o sujeito constituído à maneira de um Édipo em potencial e sem atribuir à situação edípica (ou pré-edípica) o papel de detonar os distúrbios mentais.” (Loparic, 1997, p. 49).

Para além das resoluções que ocorrem no Édipo, sendo que a rigor pode ser que este estágio não seja se quer alcançado, Winnicott observa que o “O ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana”. (Winnicott, 1990, p. 29), isto significa que o ser humano é um ser essencialmente temporal, os fenômenos humanos são, assim, desdobramentos temporais desta natureza humana, Dias (2003, p. 91) observa que “A teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal é a explicitação temporal, na forma de estágios ou etapas, das várias tarefas que a tendência inata ao amadurecimento impõe ao indivíduo ao longo da vida.”. Neste sentido, Winnicott observa que o ser humano conta com um potencial herdado, o ser humano é para ele um ser dotado de uma tendência inata à integração, isto significa que ele não nasce já integrado em uma unidade, esta é uma conquista, “Cada indivíduo está destinado a amadurecer, e isto significa: unificar-se e responder por um eu.” (idem). A integração da vida instintual é, portanto, parte de um panorama maior de integrações que tem como aspecto mais importante a integração em uma

unidade. Penso ser útil, neste sentido, apresentar o que Winnicott entende por instinto a fim de que o processo de integração desse elemento seja mais bem compreendido.

## 3.2 A COMPREENSÃO DE WINNICOTT SOBRE OS INSTINTOS E SUA NOÇÃO DE SAÚDE

### 3.2.1 *Os Instintos*

Instinto, ou id, para Winnicott<sup>9</sup> são poderosas forças biológicas que vêm e voltam e exigem ação, neste sentido, assemelham-se ao instinto dos animais. Isto quer dizer, o ser humano, tal qual o animal, passa por um estado em que o instinto surge, excita e exige satisfação. Sendo esta satisfação alcançada, há prazer, relaxamento e um período tranquilo, caso contrário não há relaxamento e o organismo fica perturbado entre uma onda instintiva e outra. Há, no entanto, e este é um aspecto fundamental, uma diferença crucial: **o ser humano é o único animal que faz uma elaboração imaginativa deste material** (Winnicott, 1990, p. 57-58), isto é, atribuí sentido a esta experiência passando-a a integra-la, na saúde, a seu ego bem como as suas relações (sejam elas duais, triangulares ou múltiplas). Então, ao mesmo tempo em que observa uma semelhança biológica entre a vida instintual humana e a animal, Winnicott nota que há uma maneira de vivê-la que é tipicamente humana. Observa Loparic que é justamente esta forma de dar sentido à vida instintual, a elaboração imaginativa desta experiência, que nos alerta que Winnicott não recaiu no biologismo do tipo darwiniano<sup>10</sup>, ao contrário, ele descreveu “uma atividade da psique humana que abraça as funções, as excitações e as sensações corpóreas em geral, assegurando sua unificação e organização”. (Loparic, 2007, p. 319). Esta atividade da psique, pois, é algo que pertence ao humano e o diferencia de qualquer espécie animal.

<sup>9</sup> Um estudo sobre a noção de id para Winnicott pode ser encontrado em Fulgencio (2014b).

<sup>10</sup> Winnicott, partindo de sua formação inicial médica e pediátrica, ao observar os processos integrativos o fez em parte com um olhar atento aos aspectos biológicos. No entanto, e este é um dos pontos que parece ter-lhe fornecido subsídios para observações tão notáveis à psicanálise, Winnicott (1988) jamais os concebeu como fenômenos independentes, que ocorreriam por si só e já previamente determinados: “Não há dúvida de que existe uma tendência biológica em direção à integração, mas os estudos psicológicos da natureza humana jamais serão satisfatórios se se basearem excessivamente nos aspectos biológicos do crescimento” (p.136).

A intermitente vida instintual, como compreende Winnicott, algo que vem e vai, uma pressão biológica, não pode ser o aspecto norteador do ser humano e, embora importante, não cobre a totalidade dos acontecimentos da vida humana. Winnicott tece uma linha de desenvolvimento em torno dos processos do ego. Fulgencio (2013a), neste sentido, observa na obra do autor “[...]duas linhas paralelas: uma que diz respeito aos instintos e as relações que a vida instintiva impulsiona e determina, e outra, a que constitui o ego e seus desenvolvimentos, ou, também caracterizável, como a linha identitária [...] ( p. 6).

Estas linhas paralelas, na obra de Winnicott, são aspectos que, na saúde, tornam-se complementares ao longo do processo de desenvolvimento emocional : “Normalmente o id de torna aliado a serviço do ego, e o ego controla o id, de modo que as satisfações do id fortalecem o ego.” (Winnicott, 1983h, p. 41). Winnicott compreende, no entanto, que a linha instintual já foi descrita por Freud e serve para a compreensão de determinados fenômenos e patologias (neuróticas) em que a administração dos instintos é o aspecto principal. A segunda linha, a dos processos do ego, é elaborada por Winnicott em decorrência de suas constatações de que uma série de processos não poderiam ser descritos no âmbito das relações interpessoais e da administração dos instintos. É, portanto, observando a descrição do ser humano por meio dos instintos como incompleta, que Winnicott sugere fazê-la por meio do ego e da dependência. Creio ser útil alertar, novamente, que tal proposta não propõe um descarte ou uma substituição, o autor oferece uma ampliação do modelo psicanalítico.

Dentro desta linha, embora a proposta aqui seja tratar dos instintos, ou do id, não podemos abordar este assunto sem alusão ao ego e a forma como Winnicott utiliza-o em sua obra. Winnicott compreende e utiliza a palavra ego “para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade” (Winnicott, 1983f, p. 55), ao longo de sua obra o termo ego é utilizado como sinônimo de uma tendência à integração (Fulgencio, 2013b) que, embora existente desde o nascimento, a princípio não é ainda uma unidade ou uma entidade organizada que exista por si só. Ao fazer menção as imprescindíveis condições favoráveis, Winnicott está aludindo ao fato da dependência do ambiente, a qual o ser humano está sujeito ao longo de toda sua existência. A vida instintual na maturidade, portanto, não é nem vivida como uma satisfação por si só- uma descarga, um alívio de tensão ou processo biológico dominante- e nem como uma

força que move o ser humano independente de qualquer outra necessidade, ela trata-se de um conjunto de experiências que são elaboradas imaginativamente pelo ser humano e que passam, através deste processo, a constituir um sentido para ele e sua existência.

Este processo de elaboração imaginativa e integração da vida instintual é resultante, portanto, de processos promovidos pelo ego no contato com um ambiente facilitador e não da progressão do instinto. Caso este processo seja bem sucedido, o indivíduo vive, e sente, a vida instintual como algo que pertence a sua personalidade, é neste sentido que Winnicott observa as satisfações do id fortalecendo o ego sendo que, na patologia, ao contrário, a vida instintual – suas excitações, as necessidades de descarga e a elaboração imaginativa deste processo – não integrada pode vir a representar uma perturbação, tendo que ser inibida ou vivida com pesares.

Por meio desta descrição, Winnicott está sugerindo que o ser humano pode ser melhor descrito em torno de seu ego e sua tendência à integração sendo que, ao olharmos para este campo, encontraremos, também, a vida instintual, mas esta é melhor avaliada se amalhada antes aos processos do ego do que se buscarmos sua progressão por si própria. Neste sentido, Winnicott observa que podemos notar a função instintiva ocorrendo por si só, como no caso de um bebê anencefálico onde podem ser observadas excitações localizadas, no entanto, para ele “[...]não faz sentido usar a palavra ‘id’ para fenômenos que não são registrados, catalogados, vivenciados e eventualmente interpretados pelo funcionamento do ego.” (Winnicott, 1983f, p. 55), ou seja, o ego dá sentido aos fenômenos, a experiência, por isto Winnicott entende que “Não há id antes do ego [...]”. (Winnicott, 1983f, p. 55).

Esta forma de observar o instinto, na qual ele só existe para o indivíduo após um reconhecimento do ego, ou seja, um processo de registro, de interpretação, torna-se mais compreensível ao notarmos o fato de que, para Winnicott, o instinto é essencialmente o mesmo desde os primórdios, o que muda\progride é o modo de relação do indivíduo. Aquilo que é registrado, catalogado, conforme as experiências ocorrem, e o desenvolvimento prossegue com a conquista de novas capacidades, passa a ser registrado e catalogado de uma maneira nova, desta maneira, o processo de amadurecimento emocional do ser humano o faz deparar-se com diferentes formas de elaboração da experiência instintiva conforme sua idade (maturidade) emocional.

Observando que, por um lado, o instinto do homem assemelha-se ao do animal, mas por outro, a existência de um aspecto diferencial, que consiste na elaboração imaginativa que o ser humano faz deste conteúdo, sendo este processo essencialmente promovido pelo ego e sua tendência à integração, Winnicott nota que o ser humano, em seu processo de amadurecimento ao longo do tempo, depara-se com um fato que o animal não é capaz de fazê-lo. Ao perceber que os instintos advêm de si e que, durante sua satisfação, além de prazer, geram também consequências, o ser humano tem a capacidade de deparar-se com o fato da ambivalência. Winnicott não discorda da presença dos fenômenos do id, isto é, um período preparatório, excitação, descarga e relaxamento, o autor, no entanto, o faz atento ao fato de que devemos observar o modo como o ser humano, de forma única na natureza, tem a capacidade de vir a criar consideração pelas consequências de sua satisfação. Mais do que como ele fez para livrar-se da excitação promovida pela onda instintiva, neste contexto, é a elaboração desta experiência que ocupa o animal humano e fornece indícios do seu crescimento emocional.

O estágio do *concern*, ou a posição depressiva, é o momento em que o ego iniciará a avaliação das consequências de suas experiências instintivas. Como dito, não irei me aprofundar aqui nos processos que envolvem esta mudança que é assunto do próximo capítulo, chamo atenção aqui para o fato de o animal humano passar, de forma única na natureza, de um estado de não consideração a outro em que, justamente por entrar em contato com a ambivalência e com o fato da dependência, passa a levar em consideração, isto é, passa a ter responsabilidade sobre sua vida instintiva e sua satisfação, sendo este, um processo que pertence ao ego e não ao desenvolvimento do instinto, que é, e permanece sendo, sempre o mesmo. Winnicott (1990, p. 60) diz:

É mais correto dizermos que o bebê se transforma, sendo *ruthless* ('implacável') no início, e tornando-se mais tarde capaz de *concern* (preocupação). A ambivalência tem mais a ver com mudanças no Ego do bebê que com o desenvolvimento do Id (ou instintos).

Espero ter deixado claro: é o ser humano, por meio de sua relação/elaboração com o ambiente, que se transforma, se desenvolve, conquista capacidades e progride, não o instinto.

Uma vez explicado que Winnicott dá ênfase aos processos de desenvolvimento do ego ao invés de fazê-lo por meio dos instintos, creio ser necessário algumas características adicionais sobre como o ser humano vive a vida instintual de início a fim de que fique mais claro como, ao longo do tempo, esta relação tende a transformar-se. Já mencionado, o instinto humano nesta definição não é muito diferente do animal, outra característica é que, para Winnicott, focado na elaboração que o ser humano faz desta experiência, o aspecto mais importante não é decidir se “há um único instinto ou se eles são dois, ou se existem às dúzias.” (Winnicott, 1990, p. 58). Neste sentido, Loparic (2007, p. 318) observa que Winnicott teria chego perto de um monismo instintual primitivo, aproximando-se, neste ponto, mais a Jung (1875-1961) do que a Freud e o dualismo instintual constantemente reafirmado ao longo de sua obra. Este instinto único é composto, para Winnicott, de uma combinação de elementos amorosos e destrutivos, eles são, de início, indistinguíveis sendo que, neste contexto, os componentes destrutivos ou agressivos não derivam majoritariamente da raiva que decorre da frustração. Referindo-se aos efeitos da constatação das consequências do instinto e sua forma bruta, em uma nota de pé de página, Winnicott explica que “no momento, encontro-me diante da necessidade de admitir a existência de uma agressividade primária e um impulso destrutivo, que é indistinguível do amor instintivo, apropriado ao estágio muito precoce de desenvolvimento do bebê” (Winnicott, 1990, p. 99), ou então, em outro texto, “A agressividade faz parte da expressão primitiva de amor” (Winnicott, 2000a, p. 289).

Winnicott, ao unir aspectos amorosos, eróticos ou libidinais a elementos destrutivos e/ou agressivos, sugere que, de início, no momento em que o instinto surge exigindo satisfação, embora o ato de satisfazer-se tenha para o observador um caráter agressivo - como quando notamos um bebê mamando avidamente ao seio-, o bebê não tem a intenção destrutiva relacionada a um objeto. A capacidade para agredir algo ainda não foi alcançada<sup>11</sup>, embora o bebê destrua as coisas ele o faz de forma despreocupada e sem intenção uma vez que, dentro de sua imaturidade, ele ainda não percebe que existe algo para além dele próprio. Nota-se que ele não está relacionando-se, no início da vida, com objetos possuidores de

---

<sup>11</sup> Winnicott, referindo-se à capacidade de agredir ou destruir, isto é, promover esta ação de forma intencional, diz: “A destruição torna-se uma responsabilidade do ego, quando este já está integrado e organizado a ponto de existir a raiva e, conseqüentemente, o temor a retaliação”. (Winnicott, 2000a, p. 296).

características distintas, isto é, um que é sumariamente amado por satisfazê-lo e outro odiado com toda intensidade por frustrá-lo, o objeto é subjetivo, só existe dentro de sua ilusão de onipotência e surge apenas no momento de sua necessidade, uma vez satisfeito, ele deixa de existir. A característica essencial, aqui, é que não estamos lidando com a intenção de destruir um objeto não-eu, Winnicott denomina esta ação, que deriva do simples fato de existir (e da necessidade de continuar existindo), de impulso amoroso primitivo, trata-se de “um amor primitivo em funcionamento num período em que não é possível ainda a aceitação da responsabilidade[...] se a destruição é parte do objetivo do impulso do id, sua presença ali é meramente incidental à satisfação.” (Winnicott, 2000a, p. 296). Em outro texto, Winnicott demonstra como sua ênfase recai mais sobre os processos do ego, bem como ao sentido que é dado a experiência, do que a possíveis transformações do id, ao definir o que é o amor ele postula a seguinte sequência:

À medida que a criança cresce, o significado do termo ‘amor’ vai se alterando, ou enriquecendo com novos elementos:

(i) Amor significa existir, respirar; estar vivo.

(ii) Amor significa apetite. Aqui não há preocupação, apenas necessidade de satisfação.

(iii) Amor significa o contato afetivo com a mãe.

(iv) Amor significa a integração (por parte da criança ) do objeto da experiência instintiva com a mãe integral do contato afetivo; o dar passa a relacionar-se ao receber, etc.

(v) Amor significa afirmar os próprios direitos à mãe, ser compulsivamente voraz, forçar a mãe a compensar as (inevitáveis) privações por que ela é responsável.

(vi) Amar significa cuidar da mãe(ou do objeto substituto) como ela cuidou da criança – uma prefiguração da atitude de responsabilidade adulta. (Winnicott, 1997b, p. 19).

Nesta sequência Winnicott descreve a forma como o ser humano faz a elaboração de seu amor, isto é, como ao progredir ao longo de seu processo de desenvolvimento ele ganha novos significados, mesmo que, em essência, esse elemento conserve características de seu estado inicial. Nota-se que a forma de amor aí referida nos primeiros estágios equivale ao que ele chama de impulso amoroso primitivo em outros artigos. Tal qual com o fenômeno do *concern*, Winnicott varia os termos que dizem respeito ao mesmo fenômeno, por vezes isto deve-se a etapa do desenvolvimento do indivíduo, “A linguagem de uma parte específica é inadequada para outras” (Winnicott, 1990, p. 52), já em outras, é possível que o

autor estivesse procurando o termo que melhor descrevesse sua ideia. Em outro texto, por exemplo, o termo utilizado é “impulso agressivo destrutivo global [...]” (Winnicott, 1983b, p. 71).

Creio que, tal qual o método utilizado para compreendermos a etapa do *concern* em meio as variações semânticas na obra do autor, o importante é nos atentarmos ao que o fenômeno busca descrever, neste caso, Winnicott está introduzindo a ideia de que de início, ao deparar-se com as exigências de satisfação do instinto, o ser humano busca sua satisfação desprovido da intenção de agredir alguém, embora o observador note elementos agressivos, trata-se de um equívoco atribuir ao lactente algum tipo de juízo que o permitiria dirigir ódio a alguém<sup>12</sup>. Nesta linha, são os processos e o desenvolvimento do ego (em contato com um ambiente que facilitador) que, por meio da elaboração imaginativa que é feita das experiências em que o instinto esteve envolvido, tornam o instinto menos primitivo conforme o ser humano amadurece e chega à capacidade de criar consideração (*concern*).

Por último, menciono a analogia que Winnicott faz entre o ego e a vida instintiva. Em relação a esta constante relação que se dá entre o ego e o instinto, entre o self(s) e (o reconhecimento e uso da) vida instintiva, Winnicott (1975, p. 137) nota, fazendo uma analogia com a situação de montaria, que é o cavaleiro que deve cavalgar o cavalo (ao invés de ser esmigalhado pelo quadrupede), ou seja, os instintos, na saúde, devem servir ao ego.

### **3.2.2 Noção de saúde**

Winnicott, ao longo de sua obra, distancia-se da noção de saúde da psicanálise tal qual aprendera em sua formação. Por vezes de forma sutil, em especial no início de sua carreira, fazendo questão de render homenagens aos que o precederam, e outras, talvez melhor articulado em suas próprias ideias, de forma mais direta, o autor evidencia que sua experiência clínica trazia novos elementos à vida saudável que não vinham recebendo seu devido valor. Tenho a impressão que Winnicott surpreende, inova, amplia, ao mesmo tempo em que confunde e

---

<sup>12</sup> Chegar a odiar alguém trata-se de uma conquista, tal qual a capacidade para o *concern*, e introduz também ao indivíduo a ideia da morte. Tais noções só aparecem na vida do indivíduo, contudo, após a experiência do sentimento de unidade: “A morte não tem sentido até a chegada do ódio e do conceito da pessoa humana completa.” (Winnicott, 1983h, p. 47).

incomoda, com colocações como :“a ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida”. (Winnicott, 1975, p. 139).

Winnicott era pouco satisfeito com um processo de desenvolvimento descrito em função do id (Winnicott, 1999, p. 8), para o autor uma vida instintiva vivaz pode até aparentar saúde, no entanto, privilegiar este aspecto como absoluto, isto é, exclui-lo de um panorama maior, trata-se de um erro. Em uma palestra proferida em 1967 – Winnicott faleceu em 1971 -, intitulada de *O conceito de indivíduo saudável*, o autor comenta que espera “não incidir no erro de pensar que se pode avaliar um homem ou uma mulher sem levar em conta seu lugar na sociedade”. (idem). Ao mencionar seu lugar na sociedade, o autor não está propondo uma inversão, olharmos primeiro a sociedade para depois compreendermos o indivíduo, para ele a saúde social depende, antes, da saúde individual. Winnicott está, ao fazer este gênero de observação, sugerindo que a saúde está para além de uma “vida excitante [...]” (idem, p. 14), ou então, uma vida que administra seus instintos da melhor forma possível entre seus desejos e as censuras morais. Incluindo no balaio da vida (saudável) aspectos como a “magia da intimidade.” (idem ), Winnicott está discordando que o ser humano preocupa-se prioritariamente com a sua satisfação instintual em sua relação com objetos. Unindo suas experiências pediátricas e psicanalíticas, o autor nota que “Não é a satisfação instintual o que faz com que um bebê comece a existir, a sentir que a vida é real, a achar que a vida vale a pena ser vivida.” (Winnicott, 1975, p. 116).

Qual seria, então, esta busca para além das satisfações do id ou do instinto? Na teoria de Winnicott são as satisfações do ego, satisfações - e necessidades- do ser: a experiência de ser é, portanto, o aspecto fundamental e motor da existência humana para Winnicott. As satisfações instintuais são, também, parte da experiência de ser. Na saúde, as experiências instintuais são integradas ao ego passando a sentirem-se parte de uma mesma unidade, isto, no entanto, não é um processo garantido e a ausência de um ambiente facilitador pode impedir que este processo seja realizado.

A integração da vida instintual ao ego\eu é, nesta perspectiva, uma conquista que pertence ao processo de desenvolvimento emocional do ser humano, constitui parte de suas necessidades, mas não sua totalidade e, embora exista um potencial para que isto ocorra, assim como as demais etapas do desenvolvimento, depende de provisões ambientais específicas para realizar-se. Como este processo ocorre,

ou seja, as tarefas ambientais e o gênero de experiência que vive o lactente, será tratado no próximo capítulo. Aqui pretendo abordar a maneira como Winnicott trata dos instintos como parte da vida saudável. Apresentando aspectos de sua noção de saúde, espero assim, também, introduzir elementos que fundamentem a compreensão de como o ser humano passa de um estado em que não considera e não reconhece a procedência da vida instintual, vivendo-a despreocupadamente (*ruthless*), para outro em que, passando a integrá-la a seu ego, suas consequências passam a serem percebidas, sentidas e elaboradas (*concern*) e, neste sentido, notando como os instintos podem vir a compor parte da personalidade do indivíduo saudável, mas não o determinar.

Saúde, para Winnicott, significa continuidade do ser, penso que esta definição, no entanto, diz respeito a aspectos ontológicos que abordei no tópico Perspectiva ontológica desta pesquisa. Aqui trato da forma como Winnicott descreve, principalmente para o público não psicanalítico- que vai desde psiquiatras, enfermeiras, assistentes sociais a palestras transmitidas por rádio -, o indivíduo saudável dando ênfase ao lugar que ele ocupa na sociedade. Esta explanação é útil, dentro deste trabalho, por abordar paralelamente aspectos que relacionam-se com a conquista, ou o fracasso, da capacidade para o *concern*, neste sentido, observo que a noção de indivíduo saudável que o autor tece aponta para um indivíduo que alcançou a capacidade de viver em sociedade, isto é, de ocupar um lugar nela e manter relações sociais, sendo que, para tal, alcançou também algum grau de responsabilidade sobre sua vida instintual.

Mas o que, afinal, Winnicott quer dizer com o lugar na sociedade que o indivíduo ocupa ao buscar estabelecer uma noção de saúde? Bem, a princípio parece ficar claro que a quantidade de satisfação instintual, em constante negociação com as exigências e censuras sociais, trata-se de um critério equivocado de discernimento entre um ser humano saudável e um patológico. Winnicott está atento, neste sentido, ao indivíduo e seu modo de relação com o ambiente, neste sentido, creio que a seguinte formulação possa ser feita: será que esse indivíduo encontrou um lugar na sociedade em que ele possa manter relações sociais sem que tenha que se adaptar demasiadamente a um padrão? Em última instância, será que ele é capaz de ser, e sentir que poderá continuar sendo, nas relações que estabelece com o ambiente\sociedade?

Outro ponto interessante, dentro ainda desta discussão entre saúde e doença, é o de Winnicott não estabelecer um critério hierárquico entre as doenças mentais em relação a saúde, nesta linha, observa o autor, os neuróticos não podem ser considerados, de prontidão, menos doentes que os psicóticos. A saúde e a doença, dentro de seu sistema teórico, são referidas mais ao tipo de relação que o indivíduo é capaz de estabelecer (consigo e com o mundo) do que com o estabelecimento de estruturas mentais mais ou menos eficientes na administração dos processos psíquicos. Neste sentido, Winnicott apoia-se em uma definição de seu colega John Rickman (1891-1951) para, em uma palestra destinada a assistentes sociais, apresentar uma definição de doença: “Doença mental consiste em não ser capaz de encontrar alguém que possa aturá-lo” (Winnicott, 1983d, p. 196). Trazendo esta questão para o âmbito desta pesquisa, penso ser possível deduzir o quão difícil pode ser ter que aturar um indivíduo incapaz de criar responsabilidade, tarefa do estágio do *concern* ou alcance da posição depressiva; paralelo a isto, notamos em uma relação que possa ser observada como saudável, seja esta entre duas pessoas ou um grupo, algum tipo de tolerância que se deve à integração de aspectos que dizem respeito à vida instintual dos seres humanos que as compõe.

Masud Khan, na introdução do livro de D. W. Winnicott  *Holding e Interpretação* (1991a), descreve um episódio que ilustra a habilidade de Winnicott em dialogar com diferentes personalidades. Khan conta que Winnicott, já no final de sua vida, foi procurado por um grupo de jovens padres anglicanos. Os eclesiásticos buscavam orientações para estabelecerem um critério entre os casos que deveriam encaminhar as pessoas que os procuravam para tratamento psiquiátrico e quando podiam auxiliá-las simplesmente com seus conselhos. Winnicott (1991a, p. 01) respondeu:

Se uma pessoa vem falar com você e, ao ouvi-la, você sente que ela o está entediando, então ela está doente e precisa de tratamento psiquiátrico. Mas se ela mantém o seu interesse independentemente da gravidade do seu conflito ou sofrimento, então você pode ajudá-la.

Winnicott, ao descrever umas das complicações no alcance da capacidade para o *concern*, sugere que o indivíduo pode vir a ter que viver num estado baixo de vitalidade resultante de problemas em suas experiências instintuais, embora razoavelmente integradas ao ego, as elaborações destas experiências podem não estarem sintonizadas suficientemente ao ego, representando assim um problema

para o indivíduo. Uma saída frente a este incômodo pode ser a inibição do instinto, o que resulta em um empobrecimento geral da personalidade; penso que tais características são compatíveis ao perfil da pessoa tediosa.

Apresentei algumas considerações sobre a noção de saúde de Winnicott buscando relacioná-las a conquistas e fracassos na conquista da capacidade para o *concern*, seria possível prosseguir neste caminho, no entanto, neste instante creio ser mais esclarecedor partir para a descrição dos processos envolvidos nesta etapa.

## 4 WINNICOTT E A FASE DO CONCERN

### 4.1 A RELAÇÃO ENTRE WINNICOTT E KLEIN

Farei aqui uma breve exposição da relação entre Winnicott e Klein. Segundo Loparic (1997), frequentemente é atribuído a Winnicott uma posição dentro das linhas do desenvolvimento psicanalítico situando seu lugar histórico por meio de dados institucionais, isto significa, sua posição na Sociedade Britânica de Psicanálise (SBP). Winnicott pertencia- juntamente com Fairbairn (1889-1964), Balint (1896-1970), Bion (1897-1979), dentre outros - ao Grupo do meio, ficava então no entre, entre seguidores dos desenvolvimentos que vinham sendo feitos por Klein e entre os freudianos guiados por Anna Freud.

O lugar que ocupava na SBP é insuficiente para uma apreciação correta das ideias do autor, no entanto, é interessante notar com este tipo de registro que Winnicott, ao final de seus escritos, não deve ser figurado como kleiniano. Phillips entende, neste sentido, que o trabalho de Winnicott ao longo de sua carreira, por ter tido uma origem ligada à clínica social e pública ,alinha-se e contribui mais para debates sobre os destinos políticos e científicos de nossa disciplina do que às discussões sobre políticas institucionais exclusivas da psicanálise circunscritas dentro de uma tradição de gabinete e de consultório (como teria ocorrido com kleinianismo) (Phillips, 1988, p. 33). Abram (1996, p. 1), sobre o ambiente da Sociedade Britânica de Psicanálise, ressalta que a atmosfera da sociedade era pesada em decorrência das tensões resultantes a respeito da correta interpretação da obra de Freud e de seu subsequente desenvolvimento. Então, embora tenha se entusiasmado significativamente com suas contribuições ao conhecê-las e ter reconhecido a influência de Klein em seu trabalho, é oportuno colocar que “Winnicott demorou a explicitar as suas diferenças para com a psicanálise ortodoxa, em particular com a de Melanie Klein” (Loparic, 1997, p. 45).

Winnicott chegou à Klein após indicação de James Strachey (1887-1967), analista freudiano (tradutor, inclusive, das obras de Freud para o inglês) com quem esteve em análise por dez anos, entre 1923 e 1933. É em 1923, também, que Winnicott obtém seu primeiro emprego como psiquiatra graças à sua afinidade com a psicologia no tratamento pediátrico dos bebês (idem).

A respeito de seu trajeto pediátrico, Winnicott nota que enquanto seus colegas pediatras ocuparam-se essencialmente dos aspectos físicos, sua atenção gradualmente foi voltando-se para a especialização dos aspectos psicológicos (Winnicott, 1990, p. 21). O quadro que temos aqui nos ajuda a olharmos para um ponto interessante: Winnicott depara-se com a obra de Freud enquanto procura soluções para os problemas encontrados nos bebês e crianças que estava tentando tratar, - tal quadro nos permite pensar em elementos que fornecem condições ao psicanalista para a observação de que as dificuldades encontradas no tratamento (o distúrbio) podem não estar relacionada a chegada ao Édipo ou sua resolução, é esta situação (juntamente com o tratamento de psicóticos ) que o permitiu examinar uma dinâmica antecessora ao tradicional relacionamento à três corpos. Winnicott estava então em uma posição privilegiada, era neste momento o primeiro pediatra inglês a praticar como um psicanalista, condição que o possibilitou a, de forma singular, realizar comparações entre suas observações clínicas e as narrativas contidas no tratamento psicanalítico (Phillips, 1988, p. 80). Winnicott levou esta percepção à Strachey, que aparentemente sem saber resolver a questão indicou que procurasse por Klein, que na época já era uma conhecida psicanalista de crianças (Loparic, 1997, p. 47). Penso que este trecho do texto de Winnicott, Enfoque pessoal da contribuição kleiniana (1962), (cabe notar que nesta altura já se passaram mais de 20 anos da época em que o autor frequentava o grupo dirigido por Klein), é útil aqui e ilustra as primeiras impressões do autor a respeito deste encontro:

De modo que fui ver e ouvir Melanie Klein, e descobri uma analista que tinha muito que dizer sobre as ansiedades que pertencem ao primeiro ano; me instalei para trabalhar auxiliado por ela. Levei-lhe um caso descrito com grandes pormenores e ela teve a bondade de lê-lo todo. Na base dessa análise pré-kleiniana que realizara baseado na minha própria por Strachey, vim a aprender algo da imensidão de coisas que descobri que ela já sabia. (Winnicott, 1983e, p. 158).

Neste mesmo texto, Winnicott expõe como foi difícil para ele passar da noite para o dia da condição de pioneiro para aluno de uma pioneira. Dificuldade que talvez se reflita no modo como se relacionou com as contribuições da psicanalista, Phillips observa que “Winnicott variou os temas kleinianos de modo à simultaneamente se inscrever neles e se diferenciar.” (Phillips, 1988, p. 13) e, num sentido mais abrangente, e talvez o apontando neste caso como um “mau aluno”,

Newman entende que “Poucos percebem o seu poder subversivo: sua declaração de não submissão e não-compaixão” (2003, p.15).

Aqui, uma vez apontada a existência de controvérsias, penso ser importante marcar o fato de que o trabalho de Klein versava de assuntos em comum ao trabalho que o jovem Winnicott estava se deparando e que, neste instante, Winnicott chegara à psicanálise “[...]desconhecendo choques de personalidade entre os vários analistas, e apenas satisfeito por conseguir ajuda suficiente para minhas dificuldades.” (Winnicott, 1983e, p. 157). Daí surge um período de estudos e colaboração mútua que ocorreu entre 1935-40. Ambos estavam percebendo a manifestação de distúrbios psíquicos anteriores ao período edípico descrito por Freud.

## 4.2 WINNICOTT E A FASE DO CONCERN

### 4.2.1 O início da fase do concern

É de difícil precisão, e talvez até impossível, “não é necessário fixarmos uma exata [...]” (Winnicott, 2000d, p. 357), uma definição rigorosa e determinista que busque estabelecer de forma objetiva os inícios e términos dos estágios do desenvolvimento emocional humano. Na verdade tal separação se dá para fins didáticos, isto quer dizer, nos auxilia na compreensão do fenômeno, o que não significa que, na realidade ou durante sua observação, ele ocorra na linearidade como por vezes temos que fazê-lo no momento de o transpormos em palavras a fim de montarmos uma comunicação. Sobre esta questão, Winnicott (1990, p. 179) alerta:

[...] é preciso lembrar que os estágios iniciais jamais serão verdadeiramente abandonados, de modo que ao estudarmos um indivíduo de qualquer idade, poderemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas às mais tardias.<sup>13</sup>

Winnicott em seu artigo de 1954-5, *A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal* (Winnicott, 2000d), texto em que o teórico inicia o processo de

---

<sup>13</sup> Ainda neste sentido, Winnicott chama a atenção para o fato de que “A dissecação das etapas do desenvolvimento é um procedimento extremamente artificial. Na verdade a criança está o tempo todo em todos os estágios, apesar de que um determinado estágio pode ser considerado dominante” (1988, p. 52).

apresentação de uma descrição própria do conceito posição depressiva, parte do princípio que o fará a partir de um ponto do desenvolvimento: o estágio da unidade. E esclarece: “Estamos examinando a psicologia do estágio que acontece imediatamente depois de o novo ser humano ter alcançado o status de unidade [...]” (Winnicott, 2000d, p. 360). Isto não significa que tal acontecimento possa ser tomado como um fato instituído, mas sim que este estado, o da integração em um eu unitário, o permite a experiência de novas situações.

Em termos cronológicos estamos próximos da metade do primeiro ano de vida, para Winnicott o observador pode notar o início da aquisição da capacidade para o *concern* pelo desmame. Nesta idade também, o bebê está em meio ao complexo processo de reconhecimento da realidade, esta difícil tarefa só é possível mediante a presença de um ambiente suficientemente bom, embora o grau de dependência diminua, o bebê só pode contar ainda com uma outra pessoa e é fundamental que, independentemente de quem seja, esta pessoa proponha-se a estar emocionalmente envolvida e disponível para que todos os processos integrativos não só ocorram, mas tenham a oportunidade de serem experienciados repetidas vezes até adquirirem algum gênero de consolidação.

Gostaria apenas de deixar aqui a observação de que quanto mais recuarmos na história individual, mais verdadeira torna-se a preposição segundo a qual não há sentido em falarmos sobre o indivíduo sem considerarmos um ambiente suficientemente bom que se adapta às suas necessidades (Winnicott, 2000d, p. 360).

O bebê agora é uma pessoa inteira, isto é, ele já teve a capacidade de experimentar o sentimento de unidade, este fato supõe que os estágios anteriores foram vividos sem grandes complicações. O fato de experimentar o sentimento de unidade e do estabelecimento de relações com outro objeto que não ele próprio não significa, contudo, que o bebê já tenha uma capacidade sofisticada de assimilação da realidade e do objeto externo. O bebê tem a capacidade, agora, de perceber que, assim como ele, há algo que também tem limites, um contorno e compõe uma unidade:

Considero neste momento que o seio da mãe é uma pessoa inteira, pois quando o bebê se torna uma pessoa inteira o seio, o corpo da mãe, o que quer que dela exista, qualquer parte, passa a ser percebida pelo bebê como algo inteiro (Winnicott, 2000d, p. 357).

O fato de o bebê tornar-se uma unidade é algo ainda rudimentar, assim como a percepção do objeto que ele se relaciona, e, embora signifique um enorme progresso, a mãe que é uma pessoa independente e pertence a um mundo e também se relaciona, além dele, com outras pessoas só ocorrerá posteriormente. A relação é dual, o bebê, mediante o sentimento de unidade, compreende que algo existe para além dele, isto é, ele é capaz de compreender que assim como há um eu, há também um não eu com o qual ele se relaciona. Este não é um passo pequeno, mesmo sujeito a flutuações, para Winnicott, deste ponto em diante, notamos “[...]uma mudança nos bebês que nos permite, com mais facilidade do que antes, falarmos de seu desenvolvimento emocional em termos que podem ser aplicados aos seres humanos em geral.” (Winnicott, 2000c, p. 221).

Winnicott denomina esta dinâmica, a do reconhecimento da própria existência, de chegada ao estágio de EU SOU, chegar a tal status, embora represente progresso, não dispensa os cuidados ambientais necessários para que o desenvolvimento siga seu curso, na verdade, a esta conquista está atrelada a recusa de tudo aquilo que é percebido como não-eu e, assim, um decorrente temor de retaliação ocupa o lactente neste momento em que ele ousa ser algo. Dias aponta que “As experiências relacionadas à conquista da identidade unitária produzem, por algum tempo, um estado que poderia ser chamado de paranoide e que constitui uma das raízes da tendência à paranoia.” (2003, p. 245), esta aquisição, portanto, além de um enorme passo traz consigo, também, um estado em que o bebê sente-se exposto, vulnerável e a sustentação do ambiente, portanto, ainda é imprescindível para que este processo desenvolva alguma estabilidade<sup>14</sup>.

Todo este cenário promove, caso o desenvolvimento prossiga sem grandes perturbações, condições para uma constatação que envolve o indivíduo em um perplexo sentimento mediante a percepção e contato com o fato de que os impulsos amorosos e seus componentes destrutivos os pertencem e são direcionados aos mesmo objeto. Neste quadro, composto por uma mãe que auxilia o bebê a fazer a

<sup>14</sup> Fiz aqui uma breve menção ao estágio do EU SOU por Winnicott deixar claro em seus textos relativos a capacidade para o *concern*, ou posição depressiva, que suas ideias sobre este estágio só podem começarem a serem consideradas a partir deste ponto do desenvolvimento em diante. Tomando como base a obra *A teoria do amadurecimento de D.W Winnicott* (Dias, 2012), cito aqui as outras etapas dentro do estágio da Dependência relativa que precedem a fase que é objeto de estudo desta pesquisa: 1. Estágio de desilusão, desmame e início das funções mentais, 2. A transicionalidade, 3. O estágio do uso do objeto, 4. O estágio do EU SOU, 5. O estágio do *concernimento* [*concern*].

avaliação/reconhecimento das consequências de seus atos, surge também outra aquisição: a do tempo. Não que em estágios subsequentes a este não existisse a noção de tempo, mas o que existia era um tempo próprio, subjetivo. A mãe sustentando a situação no tempo permite que o bebê avalie as consequências de suas experiências instintivas e que, adquirida alguma capacidade de material mnemônico, as avalie como suas dentro de um cenário que envolve o tempo que pertence a realidade objetiva e compartilhada. Este processo se dá mediante a percepção de que algo foi feito no passado, é feito no presente e será feito no futuro; a distinção, portanto, do uso que se faz do objeto (mãe), agora total, tanto auxilia como é auxiliado no processo de articulação das noções de passado, presente e futuro, dito de outra maneira, o processo de temporalização.

Alguma noção temporal, portanto, leva o bebê a perceber que o objeto com o qual se relaciona, e do qual se percebe dependente, é usado tanto nos momentos de ausência do instinto – sustentando-o, permitindo-o relaxar- como quando ele está presente, exigindo satisfação, o que implica em oferecer-se para ser destruído\devorado: é a chegada a ambivalência.

#### ***4.2.2 A ambiguidade do amor e do ódio (ambivalência), o estabelecimento do círculo benigno e o alcance da capacidade para o concern ou posição depressiva***

Os instintos, até então vividos como externos, passarão a serem gradualmente integrados, ganharão sentido e, assim, serão avaliados em suas consequências. Somente com esta avaliação que poderemos falar em um aspecto fundamental: a culpa. Para irmos adiante deste ponto, é válido darmos uma examinada em alguns aspectos anteriores a fim de verificarmos a bagagem que o indivíduo carrega em seu desenvolvimento, só assim fará sentido abordar a chegada à ambivalência e o sentimento de culpa.

No capítulo anterior, abordei a maneira como Winnicott descreve os instintos, a fim de tornar mais clara a chegada à ambivalência, retomo aqui um aspecto relativo a este tema: a intermitência da vida instintual. Ao descrever o modo de relação do lactente com os instintos, Winnicott observa que de início, tal qual em outros animais, este componente deve ser referido como uma tensão, isto é, há dois estados distintos no estágio precoce do ser humano: um estado de relaxamento em que esta tensão não faz exigências e o bebê repousa – estado tranquilo – e outro

em que os instintos surgem exigindo satisfação – estado excitado. O ser humano, então, de início não leva em consideração o fato de que aquilo que ele destrói quando excitado é a mesma coisa que valoriza nos intervalos entre uma excitação e outra. David Bogomoletz, ao traduzir a expressão *to be unconcerned*, utilizada por Winnicott para descrever este estado ausência de preocupação com os resultados da consequência de um ato, sugere que uma tradução não literal válida é :“[...]isto não me importa”. (Winnicott, 2000a, p. 290).

O sentimento de unidade alcançado pelo bebê em sintonia com uma mãe que o sustenta ao longo do tempo, permitindo que ele prossiga em seu desenvolvimento, propicia a condição – Winnicott diz: “Por fim o palco está armado [...]” (Winnicott, 2000d, p. 361) - para que o bebê perceba que ele é o mesmo quer esteja tranquilo, quer esteja excitado. Isto implica na percepção de que o objeto que ele reconhece como externo, o único objeto que ele é capaz de se relacionar neste instante, também é o mesmo, independentemente do seu estado. As (outrora dissociadas) funções da mãe são associadas, ou seja, o objeto usado impiedosamente no auge da tensão instintiva, alvo da exigência de satisfação, é percebido como sendo o mesmo que o sustentou nos momentos de tranquilidade, onde há relaxamento e ausência do instinto. O bebê passará, então, a importar-se com as consequências derivadas de seus momentos de excitação. Pode, no entanto, ficar a questão: E por que fazer algo a respeito da experiência instintiva? Seu exercício não seria simplesmente um sinal de saúde e vivacidade?

O fazer algo a respeito estabelece-se como uma necessidade, justamente, devido a constatação da dependência e da ambivalência. Winnicott nomeia as diferentes funções que a mãe exerce em mãe ambiente – alvo do instinto-e mãe objeto – que sustenta a situação (Winnicott, 1983b, p. 72). O bebê perceberá que “[...]é ele de próprio punho que faz buracos no corpo cheio de riquezas da mãe [...]” (Winnicott, 2000d, p. 363). Chegamos, assim, na natureza do sentimento de preocupação (*concern*), que deriva, portanto, da culpa relativa a percepção dos diferentes usos que o bebê percebe ter feito do ambiente do qual ele percebe-se dependente.

O processo de amadurecimento do ser humano, assim, naturalmente o leva ao fato de que a mãe dos estados tranquilos (mãe-ambiente), que o fez sentir-se sustentado, sem imprevistos por devir permitindo-o relaxar, é também a mãe dos estados excitados (mãe-objeto), usada impiedosamente para a satisfação de suas

necessidades urgentes. Winnicott coloca que “Minha tese é que a preocupação [*concern*] surge na vida do bebê como uma experiência altamente sofisticada ao se unirem na mente do lactente a mãe-objeto e a mãe-ambiente” (1963, p. 72). Este instante, a união na mente do lactente, no qual há o “reconhecimento do amor e do ódio inerentes à mesma pessoa em um mesmo tempo[...]” (Abram, 1996, p. 178) é o que caracteriza a chegada à capacidade de experimentar a ambivalência e fornece - justamente por conta da ansiedade e o sentimento de culpa que compõe a elaboração desta experiência - indícios de progresso no desenvolvimento.

A experiência instintiva, no entanto, começa a ser assimilada em um momento em que as funções e sua elaboração imaginativa ainda não se distinguem claramente entre fato e fantasia- como qualquer capacidade nova, ela é alcançada e perdida repetidas vezes -, frente a isto, Winnicott aponta que aquilo “O que o bebê deverá realizar nesta etapa é deveras espantoso [...]” (Winnicott, 2000d, p. 361). Todo este cenário, a junção das diferentes funções do ambiente, a ansiedade, o sentimento de ambivalência e a culpa decorrente, é composto por um conteúdo imaginativo, isto é, não é clara ainda a distinção entre o que ele se imagina fazendo (ou feito) e o que de fato faz (ou virá a fazer), aquilo que se dá entre o sujeito dotado de seu amor (instintivo), o objeto e as consequências deste ato, não implica no fato do objeto ter sido objetivamente destruído ou não, o que determina a qualidade do objeto depende antes da **qualidade afetiva** desta experiência do que das condições materiais, “A culpa refere-se ao dano que a criança imagina haver causado à pessoa amada nos momentos do relacionamento excitado.” (Winnicott, 2000a, p. 291), igualmente será importante, neste sentido, que a criança conte com um ambiente que permita-a imaginar que ela é capaz de reparar o dano. Tal suporte permitirá não só que a ambivalência seja tolerada, mas fornece, à medida que os instintos podem ser aguardados sem o temor de que haverá uma destruição irreparável do objeto, a possibilidade da elaboração de “[...]um anseio pessoal por dar e construir e reparar.” (Winnicott, 2000a, p. 291).

Um dos aspectos deste cenário, composto pela constatação da ambivalência, culpa e um anseio pessoal por dar construir e reparar, são as ansiedades. Winnicott faz uma interpretação, também própria, das ansiedades depressivas, para o autor há dois tipos de ansiedade relativos a tarefa de integração da vida instintual: uma (1) diz respeito ao objeto danificado, isto é, o uso que é feito da mãe nos momentos de

excitação, a outra (2) é relacionada ao seu próprio interior, que agora ele percebe não só existir mas também sujeito às consequências de suas experiências.

A fim de descrever esta situação Winnicott recorre a tradicional situação da amamentação (Winnicott, 2000d, p. 363). Primeiramente o bebê ingere algo, este algo é sentido como bom ou ruim de acordo com a qualidade da experiência instintiva, isto é, se esta foi gratificante ou frustrante – estes não são aspectos absolutos, toda experiência gratificante guarda um pouco de frustração e vice-versa. O bebê, que agora é uma unidade, isto é, uma pessoa com uma membrana limitadora dotada de um interior e um exterior, irá se preocupar, além do dano que imagina ter causado ao objeto do qual agora se percebe dependente, com o conteúdo do seu interior, é estabelecida, então, “[...]uma briga entre o que é sentido como bom, ou seja, apoiando o eu, e o que é sentido como mau, ou seja, persecutório para o eu.” (idem, p. 364). Para Winnicott esta interação bom/mal é comparável ao processo digestivo, o bebê nada pode fazer a não ser aguardar seu resultado. Este resultado é produto de um processo que se dá no interior do bebê e que não depende dele, isto é, está para além de uma organização intelectual, os aspectos bons e maus se mesclam e, assim como no processo digestivo, ao final o bebê poderá, depois de alcançado algum equilíbrio, reter ou eliminar algo conforme sua necessidade. O autor aponta que esta analogia que faz com o processo digestivo guarda, contudo, uma diferença, enquanto na digestão física é eliminado apenas materiais inúteis, o produto da eliminação da experiência e sua elaboração contem, inevitavelmente, um potencial tanto bom como ruim.

A mãe segue sustentando esta situação ao longo do tempo, e, ao final deste processo, o bebê se vê agora em vias de poder dar algo, o produto de sua elaboração imaginativa dos processos internos, composta de elementos bons e ruins, será oferecido à este outro (o ambiente, a mãe ou mãe-substituta) que compõe o cenário da vida do bebê. Este é um ponto fundamental: “Neste momento o bebê pela primeira vez dá algo, e sem esse dar não haverá um verdadeiro receber”. (Winnicott, 2000d, p. 365). Caberá à mãe, então, aceitar tanto o bom como o ruim, mais que isto, saber diferenciar entre o que é oferecido como bom ou ruim. Como já citado, além de sustentar a situação, a mãe deve sobreviver a esta situação, isto implica tanto em suportar os aspectos ruins como em receber e autenticar aquilo oferecido como bom. A mãe, sendo aos poucos cada vez mais percebida como uma pessoa permanece estavelmente desempenhando a dupla função de mãe-ambiente

e mãe-objeto; é este desempenho duplo que permite o bebê perceber que ela na verdade é uma só. Esta estabilidade, as duas funções ao longo do tempo, vai confirmando ao bebê o fato de ele ser também alguém, ou seja, o sentimento de unidade ganha consistência.

Retornando ao exemplo da digestão, há agora um produto do processo digestivo, este por sua vez é oriundo da experiência instintiva (no caso do exemplo, a mamada) e contém elementos bons e ruins mesclados que agora, após uma elaboração (digestão), podem ser separados. O bom é dado no intuito de reparar o dano imaginativo causado no momento da tensão instintiva, se a situação emocional da percepção da junção das duas mães (ambiente e objeto) causa o sentimento de que “[...]há um buraco onde antes havia um corpo cheio de riquezas.” (idem, p. 363), agora o bebê tem condições de dar algo, fazer alguma coisa a respeito da constatação deste buraco – “Aqui entram em cena as palavras reparação e restituição.” (idem, p. 365). Este dar do bebê, no entanto, está além de um processo restrito à luta interna entre objetos internos bons e ruins, a fim de que possa fazer algo à respeito do buraco que imagina ter feito ele, necessariamente, deve contar com a presença e receptividade da mãe, caso contrário este gesto cairá no vazio, o buraco permanecerá, assim como a ansiedade relacionada às consequências da presença do instinto.

Este dar, essencial dentro deste processo de reparação do dano causado imaginativamente, nota Winnicott, pode vir a ser percebido fenomenicamente como “ um sorriso, um gesto espontâneo de amor ou então o oferecimento de um presente – um produto da excreção - [...] (Winnicott, 1990, p. 91), se a mãe tem a disponibilidade emocional de receber este gesto isto tem um significado de grande importância para o desenvolvimento emocional do bebê, possibilitar que o bebê tenha a experiência de remendar o buraco que ele fez imaginativamente significa que o objeto está reparado e, assim, os instintos podem ser aguardados sem grande temor\ansiedade, isto implica, também, na aceitação da culpa e uma capacidade de tolerância da ambivalência. O instinto ganha liberdade, bem verdade que há um aumento dos riscos uma vez que a excitação adentra ao repertório, mas há também, por outro lado, um incremento da riqueza da personalidade através da aquisição do potencial construtivo que vai aos poucos ganhando força. Winnicott diz:

Como resultado do êxito das ideias e atos reparadores, o bebê torna-se mais audacioso ao permitir-se novas experiências instintivas; a inibição diminui e isto leva a consequências ainda mais ricas da experiência instintiva; surge, assim, uma tarefa ainda maior para a próxima fase da digestão ou contemplação, mas quando o bebê conta, felizmente, com a existência de um cuidado materno contínuo e pessoal, ele cria uma capacidade de reparação também maior, e a isto se segue um novo patamar de liberdade na experiência instintiva. (Winnicott, 2000d, p. 92).

Chegamos então a uma sequência de acontecimentos que Winnicott denomina de círculo benigno:

Um relacionamento entre o bebê e sua mãe complicado pela experiência instintiva.  
 Um tênue vislumbre das consequências (o buraco).  
 Uma elaboração interna, com uma triagem dos resultados da experiência.  
 Uma capacidade de dar, devida a separação entre o bom e o ruim internos.  
 Reparação. (Winnicott, 2000d, p. 365).

É a repetição, dia após dia e ao longo de um período de tempo, que permite o bebê tolerar o buraco que imagina ter feito durante suas experiências instintivas. O sucesso deste processo torna o bebê “mais audacioso ao permitir-se novas experiências instintivas[...]” (Winnicott, 1990, p. 92). Pode-se dizer que este processo, de forma sintética, é sentido pelo bebê como: “sou algo, amo determinado objeto não-eu, meu amor causa estragos neste objeto (ansiedade), tenho que fazer algo para dar conta dos estragos que causei a fim de que possa continuar a me relacionar com este objeto (afinal, necessitei dele no passado, necessito agora e é bem provável que necessite no futuro), dou algo, restauro o objeto e ele aceita esta restauração, posso voltar a usá-lo quando for necessário (ansiedade pôde ser atenuada)”.

Winnicott, por meio de sua descrição do círculo benigno, permite-nos compreender por que buscou desvincular o jargão depressão deste estágio do desenvolvimento. Há na saúde experiências, inexoráveis tanto neste ponto do desenvolvimento emocional como ao longo da vida, que podem resultar em um estado (temporários) de humor deprimido que envolve o contato com as ansiedades depressivas, a culpa e a necessidade de fazer algo à respeito. Tais experiências, no entanto, na presença de um ambiente que propicie tanto a liberdade da experiência

instintiva como a oportunidade de fazer algo à respeito de suas conseqüências, é a base de aspectos\esforços construtivos e saudáveis da personalidade humana que derivam da responsabilização pelas conseqüências da vida instintual. Para Winnicott, o estado de espírito depressivo pode instalar-se em decorrência de perturbações ou falhas no estabelecimento do círculo benigno, no entanto, além desta reação diferir das depressões comumente descritas na psiquiatria - que seriam relacionadas a alhas ambientais em momentos mais precoces -, muito se perde ao privilegiarmos o aspecto patológico em detrimento dos potenciais construtivos que derivam da integração bem sucedida da vida instintual.

O ser humano, portanto, em seu processo de amadurecimento ao longo do tempo tende a deparar-se com a necessidade de criar responsabilidade em relação a sua vida instintual. Esta necessidade deriva da ansiedade experimentada em decorrência da chegada à ambivalência, ao reconhecimento da dependência e a culpa pelo reconhecimento das ideias contidas nos momentos excitados do relacionamento. Neste contexto, a ansiedade, mediante a elaboração imaginativa das experiências que envolvem a vida instintual, é modificada em responsabilidade e fonte de potência e construtividade social, no entanto, tal elaboração deve contar, impreterivelmente, com o contato com um ambiente que sobreviva a seu instinto amoroso primitivo bem como possibilite e autentique os esforços para dar conta dos estragos, ou seja, auxilie este processo de elaboração. “A culpa pelos impulsos amorosos primitivos representa uma conquista no desenvolvimento; ela é grande demais para ser suportada pelo bebê a não ser através de um processo gradual que se segue ao estabelecimento do círculo benigno [...]”. (Winnicott, 1990, p. 99).

A resolução da posição depressiva, ou estágio do *concern*, para Winnicott é uma fase de dinâmicas, tarefas e conquistas que pertencem, inicialmente, ao bebê e a sua mãe (ou mãe substituta). É o suporte do ambiente, nesta linha, e não a capacidade individual do aparelho psíquico na administração de instintos em conflito, que propicia que a ansiedade seja gradualmente transformada em culpa e daí em diante em responsabilidade e atitudes de consideração para com o outro e para si próprio. Desta forma Winnicott acrescenta aspectos relevantes a teoria inicial de Klein, a atribuição de características ambientais específicas, e necessárias, para que o ser humano possa criar responsabilidade, bem como as falhas e as possíveis conseqüências, são aspectos úteis tanto a criação de filhos, ao ambiente escolar e

educacional como a dinâmica vivida entre o analista e o paciente. Pretendo abordá-los a seguir no tópico Manejo.

### 4.3 MANEJO DA FASE DO CONCERN

#### **4.3.1 *Alguns aspectos do manejo do ambiente terapêutico em Winnicott***

Phillips, observando como a experiência de Winnicott com crianças e suas mães em situações de vulnerabilidade social influenciaram a compreensão do autor sobre a dinâmica transferencial vivida no ambiente psicanalítico, observa que “Os problemas de desenvolvimento provenientes da evacuação, tanto para mãe quanto para crianças marcaram uma mudança na obra de Bowlby e de Winnicott, apesar de não tão obviamente alcançarem a de Melanie Klein”. (Phillips, 1988, p. 100).

Nesta linha, são as experiências de Winnicott com psicóticos e crianças desabrigadas, principalmente durante a segunda guerra, que o levam a observar a dinâmica psíquica da primeira infância de uma maneira distinta daquela realizada até então na observação direta de crianças, é por meio do tratamento destes pacientes, também, que o autor irá “esclarecer suas diferenças experimentais iniciais para com Klein e seus seguidores” (idem). É, portanto, através do contato com pacientes que traziam para a dinâmica transferencial sintomas que Winnicott notou estarem ligados a privações ou a ausência de condições suficientemente boas para o processo de desenvolvimento, sendo tais aspectos compreendidos como falhas ambientais, que o autor irá conceber um ambiente analítico que aumenta a capacidade operativa e de resolução de problemas da psicanálise. Aqui pretendo abordar, resumidamente, alguns aspectos relativos ao manejo do ambiente terapêutico para Winnicott, com isto espero fornecer elementos que demonstrem como, principalmente ao atribuir significativa importância ao aspecto ambiental, o autor oferece um ponto de vista que amplia o raio de abrangência do método psicanalítico.

A fim de tornar mais claros os aspectos diferenciais do manejo que Winnicott criou no ambiente terapêutico, citarei antes algumas características que Hanna Segal atribui ao processo analítico desenvolvido por Klein.

O ponto de vista de Melanie Klein era o de que o superego de uma criança pequena é mais rude e mais perseguidor do que nos estádios posteriores do

desenvolvimento, assim o papel do analista é diminuir a severidade do superego pela interpretação, permitindo com isso que o ego se desenvolva mais livremente. Segundo seu ponto de vista, qualquer abandono do papel neutro do analista interfere nesse processo. Na verdade, ela e seus seguidores consideram que quanto mais profunda a análise, quanto mais primitivos os processos mobilizados, mais essencial é aderir rigorosamente ao método psicanalítico básico. (Segal, 1975, p.132-133).

Sobre a técnica analítica desenvolvida por Winnicott, Abram (2012) observa que, por um lado, Winnicott se alinha a metodologia freudiana notando que suas contribuições cientificamente derivam desta, isto é, o contexto clínico clássico que envolve um analista, o sofá, e o analisando em um processo de alta frequência. No entanto, entende também, que Winnicott em sua experiência analítica (psicóticos, crianças, bebês e suas mães) da origem a uma linguagem distinta da até então utilizada no meio psicanalítico, propiciando inclusive, visto que se trata de uma linguagem clínica, uma nova matriz teórica. Nesta perspectiva, a autora nota que a proposta de Winnicott, em certo sentido, dialoga e deriva dos desenvolvimentos já realizados por Freud que sugere o reforço das funções do ego nos primeiros momentos da análise, no entanto, e este é um aspecto fundamental desta ampliação que defende a autora, a importância do trabalho do autor reside para ela no impacto crucial exercido sobre a psique pelos primeiros relacionamentos parentais. Tal observação muda, em determinadas situações, radicalmente tanto o papel do analista como a linguagem clínica. Neste contexto, a situação transferencial exige que o analista esteja preparado para ser a mãe das primeiras fases da vida além da mãe e pai das fases posteriores.

O significado da proposta deste gênero de manejo, ser a mãe das primeiras fases da vida além da mãe e pai das fases posteriores, alude a dois aspectos da obra do autor: 1. Há um processo de desenvolvimento em curso, isto é, há tarefas que dizem respeito a determinadas fases e necessitam de determinados cuidados, 2. A confiabilidade do ambiente analítico, mantida pelo terapeuta, trata-se de um aspecto essencial para que o desenvolvimento possa realizar-se. O primeiro aspecto nos dirige a necessidade da compreensão, por parte do terapeuta, de em qual parte do desenvolvimento seu paciente foi incapaz de progredir, este diagnóstico indicará o tipo de cuidado necessário. O segundo aspecto é relacionado a percepção de Winnicott de que “a criança, assim como o adulto, não carregava apenas sua vida

pulsional, mas também seu ambiente primordial dentro de si e o recriaria na nova situação.” (Phillips, 1988, p. 101). Winnicott, principalmente por meio dos avanços que Klein legou-lhe no estudo da posição depressiva possibilitando-o uma compreensão mais sofisticada do mundo interno, compreendeu que havia pacientes que necessitavam fazer uso, no presente, do ambiente de uma forma não puderam fazer, isto é, não puderam experimentar no passado. O sintoma, nesta linha, manifesta-se como uma forma de tentar reencontrar condições adequadas para esta experiência que não pôde ocorrer; o analista, aqui, irá providenciar o que o ambiente falhou em oferecer ao perceber a necessidade do paciente de regredir.

Os dois aspectos citados pertencem-se, isto quer dizer, é a confiabilidade no ambiente analítico que propicia a retomada do processo de desenvolvimento, da mesma maneira, é a compreensão, por parte do analista, de qual fase do processo de desenvolvimento que não pôde ser atravessada, juntamente com o fornecimento das condições que faltaram, que permite que a confiabilidade seja alcançada. Bonaminio (2012), mencionando o que chamou de *the clinical Winnicott*, entende que o impacto das ideias do autor não recebem a atenção devida levando em consideração a grande contribuição que representam. Cito aqui duas destas características levantadas por Bonaminio que merecem serem destacadas para o presente estudo: 1. A crucial percepção que há necessidade (por parte do paciente) que o analista tenha a capacidade para esperar para que ocorra uma evolução natural no processo contratransferencial, 2. A observação de Winnicott de que as interpretações poderiam interromper um processo natural, o que implica em uma vivência traumática ao paciente no contato com um analista sem tato.

As duas características observadas por Bonaminio no modo de proceder de Winnicott na clínica, a necessidade de que certos pacientes têm que o analista seja capaz de esperar e como as interpretações podem frear um processo natural, complementam-se aos que destaquei anteriormente, a existência de um processo de desenvolvimento em curso e a necessidade da confiabilidade no ambiente para que este se dê. A amplitude das técnicas de manejo do ambiente terapêutico na proposta de Winnicott merece um estudo por si só, o que procuro tornar claro neste ponto a fim de que o manejo da fase do *concern* ou posição depressiva possa ser melhor compreendido é que a experiência do autor levou-o a percepção de que, em certo casos, “Deve-se notar que a interpretação do inconsciente não é o ponto mais importante.” (Winnicott, 1984, p. 17); aqueles que não puderam, ou realizaram de

forma precária, a integração da vida instintual durante a fase do *concern* constituem parte destes casos, como procurarei mostrar um pouco adiante.

Winnicott notou em determinados pacientes uma tendência à regressão, isto é, ele identificou que certas patologias traziam consigo a necessidade do paciente de retornar a um período de seu desenvolvimento em que algo ocorreu para além de sua compreensão. Tal necessidade, comunicada através do sintoma, representa uma experiência que permaneceu “congelada” (um trauma), permitindo que a pessoa prosseguisse, mas, ao mesmo tempo, deixando a necessidade do retorno a este ponto. O analista, nestes casos, irá fornecer as condições ambientais tanto para o retorno à este ponto traumático como para a integração desta experiência. Estou resumindo ao máximo a dinâmica transferencial do processo analítico na perspectiva de Winnicott para os fins deste estudo, o importante aqui é que se algo ocorreu durante algum momento e, devido a imaturidade, o indivíduo não pôde lidar, tendo que congelar a situação, caberá ao analista primeiro o trabalho de propiciar condições adequadas para, só depois, interpretar algo que possa estar reprimido ou em conflito. Tal forma de conceber o processo psicoterápico diverge do atribuído a escola kleiniana referido anteriormente que compreende que “qualquer abandono do papel neutro do analista interfere nesse processo. Ela [Melanie Klein] descobriu que, em qualquer criança que pudesse falar, também havia suficiente desenvolvimento do ego para estabelecer uma relação psicanalítica.” (Segal, 1975, p. 132).

Winnicott, observando o fato da dependência e da tendência à integração na presença de um ambiente facilitador, discorda que a relação psicanalítica deve estar necessária e fundamentalmente atrelada à interpretação do material inconsciente, de fato, ao mencionar o caso de um paciente que trazia esta necessidade regressão para o ambiente analítico, o autor menciona que este tipo de trabalho o fez “rever a minha técnica, mesma aquela adaptada aos casos mais comuns.” (Winnicott, 2000b, p. 377).

Winnicott não está, contudo, ao sugerir que o analista deva estar preparado para servir de ambiente que o paciente não pôde contar, propondo que o terapeuta, fenomenicamente, segure o paciente no colo, o balance ou o dê de mamar. O que o analista segura, nestes casos, é a sua presença ali ao longo da experiência, Loparic (2010, p. 15), neste sentido, destaca que:

O manejo, prática pela qual Winnicott revoluciona a clínica psicanalítica, consiste em uma série de atitudes e providências, que incluem a confiabilidade do analista, a regularidade ambiental, a capacidade do analista de reconhecer seus erros e decisões de ordem prática. No tratamento por manejo, o relacionamento analista-paciente não é o mesmo que o tratamento por interpretação.

Penso ser importante colocar que Winnicott, embora relativize o papel da interpretação, ele não a observa como um procedimento técnico errado, o problema para ele é que embora este método seja útil para uns, ele não serve para outros pacientes. Dentro da perspectiva de Winnicott do desenvolvimento em relação ao estágio do *concern* ou posição depressiva, estamos em um estágio anterior a relação entre três pessoas, anterior, assim, a possibilidade de se experimentar o Édipo. Tal constatação não é simples e irá desaguar na indicação de que aqueles que não atingiram tal estado necessitam de outros cuidados do que aqueles “para qual é viável a análise normal com suas infinitas variações de relações humanas triangulares [...] pacientes que operam como pessoas totais, e cujas dificuldades estão na alçada das relações interpessoais”. (Winnicott, 1991b, p. 8), estes já não só ultrapassaram como foram além da posição depressiva.

Winnicott, em *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico* (Winnicott, 2000b), sugere uma classificação para os casos. Se valendo do nível de integração da personalidade que o indivíduo foi capaz de alcançar, o autor traça uma relação entre as falhas do ambiente, marcando em que momento do desenvolvimento o ambiente foi incapaz de fornecer condições adequadas, e os sintomas que percebia serem comunicados na situação transferencial. Winnicott observa, assim, três tipos de pacientes distintos. O primeiro tipo é caracterizado por ser alguém que funciona em termos de pessoa inteira, fazendo clara menção ao fato de estes serem os pacientes selecionados<sup>15</sup>, tratados e descritos por Freud, são pacientes que enfrentam problemas no âmbito de suas relações interpessoais, isto quer dizer, os ditos neuróticos. O terceiro tipo (logo ficará claro por que optei descrever o terceiro tipo antes do segundo) são pacientes que notabilizam-se pelo fato de que “A estrutura pessoal não está ainda solidamente integrada” (idem, p.375), em decorrência disto a análise fica dirigida aos momentos anteriores ao

---

<sup>15</sup> Winnicott diz: “Vamos ver então o que fazia ele [Freud] para escolher os seus casos. É possível dizer que do grande estoque psiquiátrico, que incluía todos os loucos soltos e internados, ele aceitava os casos que teriam recebido os cuidados adequados na primeira infância, ou seja, os psiconeuróticos”. (Winnicott, 2000b, p. 381).

estabelecimento da unidade ,o analista aqui deve estar preparado para o fato de que “por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, o manejo ocupando a totalidade do espaço<sup>16</sup>” (idem). Este terceiro tipo de paciente são, portanto, aqueles que passaram por falhas ambientais durante seu desenvolvimento mais primitivo, tratam-se dos psicóticos. Descrevo agora o segundo tipo de paciente, para Winnicott o material trazido à sessão refere-se a personalidades recém-integradas, isto é, foi alcançado o nível de integração da personalidade em que já é possível o reconhecimento de um eu unitário (*status* de unidade), no entanto, é justamente este fato, a integração do eu, que ocupa o indivíduo. Nota-se que estamos tratando de um paciente que progrediu mais que o terceiro tipo, afinal foi capaz de experimentar a integração da personalidade, no entanto, é menos amadurecido que o primeiro uma vez que é justamente esta integração que o perturba e o impede de prosseguir até o ponto em que os problemas situar-se-iam no âmbito das relações interpessoais. Este tipo de paciente, portanto, não se encaixa nos critérios neuróticos (primeiro tipo) e, tão pouco, nos psicóticos (terceiro tipo), é neste sentido, portanto, que Winnicott situa os pacientes que estão relacionados a conquista da capacidade para o *concern* ou a posição depressiva, “a meio caminho entre os lugares de origem da psicose e da psicose[...]” (Winnicott, 2000d, p. 355).

É o cuidado com este segundo tipo de paciente, portanto, que discutirei a seguir. Winnicott, ao referir-se a este tipo de personalidade e seu processo analítico, observa que:

Estes pacientes requerem uma análise do estado de espírito. A técnica para este tipo de trabalho não difere daquela adequada aos pacientes da primeira categoria. No entanto, surgem aqui novos problemas de manejo, devidos ao espectro mais amplo do material clínico abordado (Winnicott, 2000b, p. 375).

---

<sup>16</sup> Se ao descrever o primeiro tipo de paciente Winnicott faz questão, tanto neste texto como em outros momentos de sua obra, de marcar que este trabalho já fora feito de forma exemplar por Freud, na descrição do segundo e terceiro tipo de paciente o autor o faz de uma forma a ampliar o raio de abrangência do tratamento terapêutico. O autor discorda, sutilmente, de Freud. Independente de se o que se está fazendo nestas situações é ou não psicanálise, para Winnicott o importante é a necessidade de certos pacientes de serem cuidados. Após o fornecimento destes cuidados que o ambiente não pôde prover, o paciente estaria apto a experimentar a análise típica do primeiro tipo, é neste sentido que Winnicott diz que “por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado [...]” (Winnicott, 2000b, p. 375).

Os novos problemas de manejo representam, nesta perspectiva, uma abordagem terapêutica inovadora em relação ao conhecido processo transferencial que se estabelece com os pacientes neuróticos do chamado primeiro tipo, para Winnicott o segundo tipo de paciente, a meio caminho entre as origens da neurose e psicose, necessitará da “sobrevivência do analista na condição de fator dinâmico” (idem).

#### **4.3.2 Aspectos específicos do Manejo do *concern* ou posição depressiva**

O manejo descrito por Winnicott durante este estágio do desenvolvimento, assim como nos demais, é baseado no oferecimento de condições ou funções que não puderam ser fornecidas ou que falharam no passado, ou seja, o analista deverá fornecer o papel duplo, mãe-ambiente e mãe-objeto. Neste caso, portanto, verificaremos quando o círculo benigno não pôde ser estabelecido bem como quais são as condições que o ambiente deve fornecer para que o desenvolvimento possa ser retomado.

Ao analisarmos o fato de que o ser humano, de forma única na natureza, desenvolve um sentimento de preocupação e responsabilidade derivado de suas satisfações instintuais mediante um processo de elaboração desta experiência, é válido observamos aspectos afetivos desta situação a fim de que possamos compreender seus desdobramentos tanto saudáveis quanto patológicos. Para Winnicott, “Uma abordagem muito útil do problema é aquela que parte do adjetivo ‘impiedoso’.” (Winnicott, 2000d, p. 359). E o que isto significa? Newman (2003, p. 224) explica que em hebraico, *ruth* significa “a Amada” e que Winnicott utiliza então o termo *ruthless* para designar um estado de ausência de *concern*, o que significa que: o bebê no início é incapaz de se preocupar com as “consequências dos impulsos apaixonados” (idem). Não que ele se sinta incapaz de se preocupar, ele apenas age de forma despreocupada. A percepção se dá, na saúde, em um momento posterior. Winnicott nota que o bebê, assim como nas regressões, ao olhar para o seu passado constata esta experiência pregressa e sente “[...] eu era impiedoso naquela época!” (Winnicott, 2000d, p. 359). A exclamação dá o tom da perplexidade emocional que toma conta do indivíduo ao chegar a tal constatação. Estes estados distintos recebem diferentes denominações (e traduções) ao longo da obra de Winnicott: pré-concernimento para concernimento, irresponsável para

responsável, incompadecido para compadecido, despreocupado para preocupado, pré-piedade para piedade.

O sentimento de “eu era impiedoso naquela época” pertence ao reconhecimento das ideias contidas do impulso amoroso primitivo, a ansiedade e a culpa passam a fazer parte do quadro emocional bem como a necessidade de reparar os estragos. No processo saudável, que conta com o estabelecimento do círculo benigno, portanto, o ambiente aceita tanto a existência do impulso amoroso primitivo como os esforços que visam amenizar seus estragos, isto, no entanto, nem sempre é possível. É possível que uma mãe, que tenha cuidado de forma bastante adequada de seu bebê até este ponto, não esteja saudável emocionalmente para suportar os elementos destrutivos que envolvem o simples existir do bebê, por exemplo, ela pode assustar-se com a potência com que ele busca satisfação e distanciar-se. O que ocorre, nestas situações, é que a elaboração da experiência instintiva fica perturbada, confusa, o ser humano junto à constatação da dependência, percebe também, que ao satisfazer-se desgasta, usa este objeto que tem as mesmas propriedades que ele e que, portanto, sente o impacto de suas ações. Se a mãe não apazigua a situação, a satisfação do instinto pode vir a, durante o processo de elaboração, ficar associada à destruição do ambiente, à ansiedade e culpa. A saída passa a ser, assim, a inibição do instinto, clinicamente notar-se-á um paciente com baixo estado de vitalidade e de poucas aptidões construtivas.

O terapeuta, nesta linha, irá fornecer justamente o que não pode ser experimentado, portanto, ele irá: sustentar as experiências instintivas do paciente ao longo do tempo e sobreviver a estas experiências. Pode ser que o paciente não tenha tido a chance de experimentar suficientemente o instinto em seu estado bruto, isto é, tenha o tornado menos primitivo de forma muito abrupta ou precoce, o terapeuta, neste contexto, oferece-se para tal experiência, ele não retalha nem afasta os aspectos tanto amorosos ou destrutivos, permite que o paciente o faça repetidas vezes e, assim, reelabore o significado da satisfação instintual.

### **4.3.3 A formação da moral**

A culpa verdadeira, para Winnicott, é aquela que deriva das experiências instintivas do próprio indivíduo, qualquer outra implantada é falsa para o eu. A culpa

verdadeira está, portanto, na raiz do desenvolvimento da moral, uma boa criação é, neste sentido, aquela que permite que a moralidade se instale naturalmente no indivíduo, isto significa estar presente em suas experiências instintivas, sustentar sua potência e acolher o gesto reparador oferecido a fim de dar conta do sentimento de culpa. Esta perspectiva aponta para a ineficácia de métodos moralistas ou essencialmente repressores, tais tentativas podem até serem impostas e darem a falsa sensação de que a criança obteve algum desenvolvimento. Ao contrário disto a criança estará sendo apenas submissa ou inibida uma vez que a moral, destituída de uma relação com a experiência que seja própria da pessoa, não faz sentido para ela.

Por outro lado, nos faz pensar que há situações em que isto não ocorre se fazendo necessário, então, a presença de um ambiente adequado para a retomada desde potencial. A importância desta distinção -culpa verdadeira e culpa falsa- é um dos aspectos que auxilia a compreensão do estabelecimento de uma existência saudável bem como para o surgimento de distúrbios. A culpa (verdadeira ou falsa) promove a necessidade de fazer algo a respeito, este fazer, no entanto, precisa ser retributivo em relação à experiência instintiva, caso contrário o eu o sentirá como sem propósito, vazio e, o pior, irreal. A culpa verdadeira tem propósito, o eu pode continuar a usufruir dos benefícios de usar (inclusive destruir) o meio ambiente, o que resulta em um fazer construtivo em harmonia com um enriquecimento geral da personalidade. A culpa falsa, implantada ao eu, por outro lado, é sem propósito, não vale a pena.

É necessário, portanto, que o bebê tenha a chance de dar em relação ao que pôde experimentar “e sem esse dar não haverá um verdadeiro receber. Tudo isto faz parte das coisas práticas do dia-a-dia da criação de filhos, e também do tratamento analítico”. (Winnicott, 2000d, p. 365).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurarei, neste ponto, retomar as principais contribuições de Winnicott à psicanálise e à sociedade possíveis pela compreensão que o autor faz do conceito originalmente elaborado por Klein como posição depressiva, preferindo-o nomeá-lo para fase do *concern*.

Primeiramente destaco o fato de que o estudo da principal experiência desta etapa para Winnicott, a integração da vida instintual, nos dirige ao fato de que para o autor este é um aspecto complementar, e não absoluto, da vida do ser humano. Nesta linha, o autor nota que aquilo que o ser humano busca ao longo do seu processo de desenvolvimento é a experiência de ser, experiência de ser e sentir-se real, tendo isto em vista, podemos observar a vida instintual sendo vivida como parte deste panorama, mas não o orientando.

Ao notar que a vida instintual é parte da vida do indivíduo, Winnicott fornece elementos para compreendermos como o ser humano vive-a de maneira única. Além da capacidade de responsabilização pelo uso que faz do ambiente nos momentos em que busca a satisfação instintual, é igualmente relevante notar como na descrição do autor tal experiência é elaborada e vivida pelo indivíduo de maneira mais ou menos satisfatória (ou mais ou menos integrada ao ego\eu) de acordo com a capacidade do ambiente em fornecer condições adequadas e específicas a esta fase. Acredito que a descrição destas condições específicas representa uma via para notarmos as alternativas e os avanços propostos por Winnicott em relação às ideias de Klein no âmbito da posição depressiva.

Melanie Klein ao descrever os fenômenos da posição depressiva nota a existência de um estado de luto no processo de desenvolvimento do indivíduo ao deparar-se com o fato de que o objeto o qual ele odiou e atacou com toda intensidade nos momentos de frustração é o mesmo objeto que amou e dirigiu afeto nos momentos em que obteve satisfação. Nesta linha, o indivíduo vê-se atormentado pelo objetivo destrutivo de seu instinto, a culpa deriva de sua intenção agressiva e o analista auxilia, por meio da interpretação do conflito psíquico inconsciente, que o indivíduo seja capaz de suportar a angústia desta constatação. Klein compreende, ainda, que este quadro é composto pela dinâmica edípica, a percepção do objeto como objeto total não fica restrita à mãe ou a apenas a outra pessoa, a capacidade de sintetização das diferentes partes do objeto em um só leva

o bebê a perceber a existência não só da mãe mas como a de outras pessoas com que ela também estabelece relações. É a interpretação, portanto, da intenção agressiva do instinto e dos conflitos edípicos que se instalam na chegada à posição depressiva (que abrange, também, o contato com o complexo de Édipo) que permite que o indivíduo equilibre as relações entre o ego e o id, possibilitando-o a viver tanto este estado de luto como o de situações futuras em que uma perda irá reativar esta dinâmica. Nesta descrição, se o ser humano é capaz de superar o estado deprimido que advém dos estragos que se percebe (intencionalmente) autor, é por que ele foi psicologicamente capaz de suportar a angústia inerente a seus conflitos de amor e ódio, o terapeuta poderá, através da interpretação, auxiliar o desvelamento deste conflito através do proceder clássico atribuído a um processo psicanalítico : “particularmente a função primordial da interpretação do conflito inconsciente e a análise da transferência que tende à solução deste conflito.”(Laplanche & Pontalis, 1986, p. 393).

Winnicott sugere que a tarefa primordial do ambiente neste estágio é o exercício da dupla função: sustentação e sobrevivência ao longo desta fase. De maneira sintética, a sustentação permite e fornece as bases para a experiência, suportando tanto os estados excitados (em que há urgência de satisfação instintual) como os tranquilos (período de contemplação/elaboração da experiência), enquanto a sobrevivência do ambiente permite que as experiências instintuais sejam sentidas como enriquecedoras e construtivas à medida que o ambiente demonstra que não é destruído durante os momentos em que é usado para satisfação. Este gênero de dinâmica ,uma vez estabelecida, permite o ser humano tolerar o fato de que seus instintos tem um potencial destrutivo uma vez que o potencial amoroso e construtivo é autenticado pelo ambiente contrabalanceando os estragos inerentes a satisfação. O ambiente, portanto, **sobrevivendo ao longo de uma fase permite que o ser humano tolere o potencial destrutivo de sua satisfação instintual**; esta sobrevivência implica não só em sustentar a satisfação do instinto como em saber aceitar aquilo que é dado no intuito de reparar os estragos. Winnicott observa, assim, que neste caso o ambiente, que dependendo da necessidade de cada situação pode vir a ser o analista, a mãe, os pais, um professor, ou qualquer outro ser humano que esteja engajado no cuidado de outro, é parte imprescindível da elaboração deste quadro composto pela constatação da ambivalência (junção do amor e ódio relacionados a um mesmo objeto) e da dependência não por interpretar

um conflito, mas por estar presente, sustentar o potencial destrutivo das ideias contidas em seus instintos e por fornecer, através da sustentação ao longo do tempo e da sobrevivência, a oportunidade da elaboração de um gesto reparador que, em sua atitude mais madura, tende a ser a base do esforço construtivo, do trabalho bem como da capacidade de amar com afeição uma vez que o instinto não precisa ser inibido e pode ser integrado a personalidade. Enfrentada esta fase e adquirida estas capacidades, o indivíduo está pronto para se deparar com as angustias típicas do complexo de Édipo, ou seja, na perspectiva de Winnicott a castração só pode ser sentida como uma angustia e representar parte de uma experiência para aqueles em que a vida instintual está razoavelmente integrada ao ego\eu do indivíduo, caso contrário à análise deve voltar-se para estes momentos anteriores em que isto não pôde ser feito.

Outro ponto que é válido mencionar sobre Winnicott e a sua forma de descrever como o ser humano lida com seus instintos de diferentes maneiras ao longo da vida, isto é, notando a capacidade que tem de vir a responsabilizar-se por suas consequências de uma forma sadia, é que esta compreensão recusa a noção de que o indivíduo civilizado é necessariamente frustrado e infeliz diante da impossibilidade de plena satisfação instintual. Acompanhado por sua tendência à integração e a necessidade ser, Winnicott observa que o ser humano busca crescer para além da dependência, chegando a responder por eu que lhe parece real e verdadeiro, mas atento a o fato de que “A independência nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes.” (Winnicott, 1983a, p. 79).

Por último, gostaria de retomar a preocupação de Winnicott em desvincular o termo depressão a esta fase do desenvolvimento. O autor, em sua descrição da elaboração que o ser humano faz da vida instintual sugere que se por um lado este processo pode levar a patologias (marcadas principalmente pela inibição dos instintos), por outro, na saúde e com o sucesso da integração da vida instintual, identificamos aspectos como a aquisição da capacidade de tornar-se responsável, o trabalho construtivo e, na área do afeto, a capacidade de brincar e amar com afeição. Winnicott nota que embora o estado de espírito encontrado em pessoas apáticas, de baixa vitalidade ou que passam estados momentâneos de retração possam até sugerirem estados de ânimo ou humor deprimido, tais estados não

devem ser associados às depressões convencionalmente conhecidas na psiquiatria; tais distúrbios para ele referem-se a problemas em estágios anteriores e estão ligados a processos mais precoces; como, por exemplo, a despersonalização. Para estes de ânimo ou humor deprimido, Winnicott nota que já há um grau de integração suficiente que permite que estes venham a se importar (culpa) com algo que lhes dizem respeito, é por isto, aliás, que a experiência traz características que são associadas ao jargão depressão. Winnicott preferiu guardar este termo para distúrbios mais severos, já para os pacientes que estão às voltas com a elaboração da vida instintual, isto é, a situação da ambivalência que decorre do uso feito do ambiente e o reconhecimento da dependência, a presença de alguém que suporte e sobreviva ao longo de um período de tempo, naturalmente, proporcionará a retomada do desenvolvimento. Termino, assim, com um trecho em que Winnicott demonstra sua satisfação no manejo bem sucedido de pacientes que alcançam a capacidade para o *concern* ou posição depressiva:

Em análise poderia se dizer: 'não dou a mínima' dá lugar ao sentimento de culpa. Há um crescimento gradativo no sentido deste ponto. Nenhuma experiência mais fascinante espera pelo analista do que a observação do crescimento gradativo da capacidade do indivíduo de tolerar os elementos agressivos no seu impulso amoroso primitivo. (Winnicott, 1983g, p. 26).

## REFERÊNCIAS

- Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Abram, J. (2012). On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults. *Int J Psychoanal* 93:1461–1473.
- Blass, Rachel B. (2012). “On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults”: Introduction to a controversy. *Int J Psychoanal* 93:1439–1448.
- Bonaminio, Vincenzo. (2012). On Winnicott's clinical innovations in the analysis of adults. *Int J Psychoanal* 93:1475–1485.
- Cintra, E. M. D. U., & Figueiredo, L. C. (2004). *Melanie Klein*. Estilo e pensamento. São Paulo: Escuta.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (s. d.). *Além do princípio do prazer*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 18: 17-yyy. (Obra publicada originalmente em 1920).
- \_\_\_\_\_. (s. d.). *Luto e melancolia*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 14: 275-yyy. (Obra publicada originalmente em 1917).
- Fulgencio, L. (2013a). Aspectos diferenciais da noção de Ego e de Self na obra de Winnicott. *Estilos da Clínica*.
- \_\_\_\_\_. (2013b). Metodologia de pesquisa em psicanálise na universidade. In: SCORSOLINI-COMIN, F., & SERRALHA, C. A. *Psicanálise e Universidade: Um encontro na pesquisa*. Curitiba: CRV.
- \_\_\_\_\_. (2014a). A necessidade de ser como fundamento do modelo ontológico do homem para Winnicott. In: *A fabricação do humano*. São Paulo: Zagodoni.
- \_\_\_\_\_. (2014b). A noção de Id para Winnicott. *Percurso. Revista de Psicanálise*, v. 16, p. 95-104.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hinshelwood, R. D. (1992). *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. (1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: *Obras completas de Melanie Klein* (Volume I. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945). Rio de Janeiro: Imago.

- \_\_\_\_\_. (1936). O desmame. In: *Obras completas de Melanie Klein* (Volume I. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945). Rio de Janeiro: Imago.
- \_\_\_\_\_. (1937). Amor, culpa e reparação. In: *Obras completas de Melanie Klein* (Volume I. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945). Rio de Janeiro: Imago.
- \_\_\_\_\_. (1940). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In: *Obras completas de Melanie Klein* (Volume I. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945). Rio de Janeiro: Imago.
- \_\_\_\_\_. (1945). O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas. In: *Obras completas de Melanie Klein* (Volume I. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945). Rio de Janeiro: Imago.
- \_\_\_\_\_. (1952). As origens da transferência. In: *Obras completas de Melanie Klein* (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963). Rio de Janeiro, Imago, 1952.
- \_\_\_\_\_. (1963). Sobre o sentimento de solidão. In: *Obras completas de Melanie Klein* (Volume III. Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M., & Riviere, J. (1970). *Amor, Ódio e Reparação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kuhn, T. S. (1975). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1986). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Loparic, Z. (1997). Winnicott e Melanie Klein: conflito de paradigmas. In: CATAFESTA, I. F. M. *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a universidade*. São Paulo, Lemos: 43-60.
- \_\_\_\_\_. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana* 8 (Especial 1): 21-47.
- \_\_\_\_\_. (2007). Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana* 7(2): 311-358.
- \_\_\_\_\_. (2010). Winnicott clínico. *Natureza Humana* 12(2).
- Newman, A. (2003). *As ideias de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Petot, J.-M. (1982). *Melanie Klein II*. São Paulo: Perspectiva.
- Phillips, A. (1988). *Winnicott*. London: Fontana Press.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.

- Spillius, E. B. (2007). *Uma visão da evolução clínica kleiniana*. Da antropologia à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago.
- Spillius, E. B.; Milton, J. et al. (2011). *The New Dictionary of Kleinian Thought*. London and New York: Routledge.
- Winnicott, D. W. (1975). *A Localização da Experiência Cultural*. O Brincar & a Realidade. Rio de Janeiro: Imago. (Obra publicada originalmente em 1967).
- \_\_\_\_\_. (1983a). Da Dependência à Independência no Desenvolvimento do Indivíduo. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra publicada originalmente em 1965).
- \_\_\_\_\_. (1983b). O Desenvolvimento da Capacidade de se Preocupar. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed (Obra publicada originalmente em 1963).
- \_\_\_\_\_. (1983c). Distorção do Ego em Termos de Falso e Verdadeiro Self. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra publicada originalmente em 1965).
- \_\_\_\_\_. (1983d). Os Doentes Mentais na Prática Clínica. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra publicada originalmente em 1963).
- \_\_\_\_\_. (1983e). Enfoque Pessoal da Contribuição Kleiniana. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra publicada originalmente em 1965).
- \_\_\_\_\_. (1983f). A Integração do Ego no Desenvolvimento da Criança. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra publicada originalmente em 1965).
- \_\_\_\_\_. (1983g). Psicanálise do Sentimento de Culpa. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra publicada originalmente em 1958).
- \_\_\_\_\_. (1983h). Teoria do Relacionamento Paterno-Infantil. In: *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra publicada originalmente em 1960).
- \_\_\_\_\_. (1984). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra publicada originalmente em 1971).
- \_\_\_\_\_. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra publicada originalmente em 1988).
- \_\_\_\_\_. (1991a). Introdução por M. Masud R. Khan. In:  *Holding e Interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra publicada originalmente em 1972).

- \_\_\_\_\_. (1991b).  *Holding e Interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra publicada originalmente em 1986).
- \_\_\_\_\_. (1997a).  *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra publicada originalmente em 1965).
- \_\_\_\_\_. (1997b). O Primeiro Ano de Vida. Concepções Modernas do Desenvolvimento Emocional. In:  *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra publicada originalmente em 1958).
- \_\_\_\_\_. (1999).  *O Conceito de Indivíduo Saudável*. Tudo Começa em Casa. São Paulo: Martins Fontes. (Obra publicada originalmente em 1971).
- \_\_\_\_\_. (2000a). A Agressividade em Relação ao Desenvolvimento Emocional. In:  *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra publicada originalmente em 1958).
- \_\_\_\_\_. (2000b). Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Psicanalítico. In:  *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra publicada originalmente em 1955).
- \_\_\_\_\_. (2000c). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In:  *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra publicada originalmente em 1945).
- \_\_\_\_\_. (2000d). A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal. In:  *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra publicada originalmente em 1955).