

MARÍLIA MARCHESE CESARINO

**A NOÇÃO DE MANEJO NA OBRA DE D. W.
WINNICOTT**

PUC-CAMPINAS

2013

MARÍLIA MARCHESE CESARINO

**A NOÇÃO DE MANEJO NA OBRA DE D. W.
WINNICOTT**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio

PUC-CAMPINAS

2013

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

t150.195
C421n

Cesarino, Marília Marchese.

A noção de manejo na obra de D. W. Winnicott / Marília Marchese Cesarino. - Campinas: PUC-Campinas, 2013.
248p.

Orientador: Leopoldo Fulgencio.

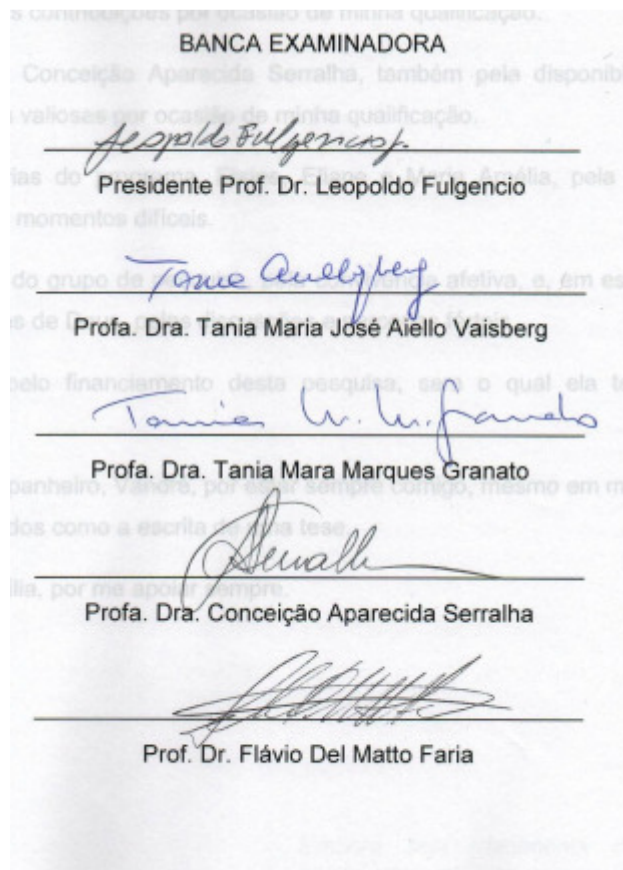
Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

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

22. ed. CDD – t150.195

MARÍLIA MARCHESE CESARINO

**A NOÇÃO DE MANEJO NA OBRA DE D. W.
WINNICOTT**



PUC-CAMPINAS

2013

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio, pela confiança em meu trabalho.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação da PUC-Campinas, pela disponibilidade e, em especial, à Prof. Dra. Tânia Mara Marques Granato, pelas valiosas contribuições por ocasião de minha qualificação.

À Prof. Dra. Conceição Aparecida Serralha, também pela disponibilidade e contribuições valiosas por ocasião de minha qualificação.

Às funcionárias do programa, Elaine, Eliane e Maria Amélia, pela acolhida afetuosa nos momentos difíceis.

Aos colegas do grupo de pesquisa, pela convivência afetiva, e, em especial, a Ricardo Telles de Deus, pelas discussões e parcerias férteis.

À CAPES, pelo financiamento desta pesquisa, sem o qual ela teria sido inviável.

Ao meu companheiro, Vandr , por estar sempre comigo, mesmo em momentos tão complicados como a escrita de uma tese.

  minha família, por me apoiar sempre.

Embora seja geralmente conhecido existir uma sutileza quase infinita no manejo que a mãe faz de seu bebê, a teoria psicanalítica levou longo tempo para chegar a esta área da experiência viva. (D. W. Winnicott)

RESUMO

CESARINO, Marília Marchese. *A noção de manejo na obra de D. W. Winnicott*. 2012. 248f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

Este trabalho busca sistematizar a utilização e o desenvolvimento da noção de manejo na obra de Winnicott. Em diálogo com a psicanálise tradicional, particularmente com a obra de Freud, procura mostrar algumas diferenças teóricas significativas introduzidas por Winnicott à psicanálise, que fundamentaram modificações ao método de tratamento baseado na interpretação do inconsciente reprimido. De modo geral, pode-se afirmar que, da consideração, realizada por Winnicott, das funções e do papel do ambiente no desenvolvimento emocional, resultou, gradativamente, o estabelecimento de uma clínica fundada em ações analíticas de provisão ambiental, o sentido mais geral da noção de manejo que pode ser retirado de sua obra. Nesse contexto, são analisadas as bases da teoria winnicottiana da comunicação, que tem como modelo fundamental a relação mãe-bebê, para mostrar que, do ponto de vista do tratamento, ela permitiu reconhecer e intervir sobre situações clínicas cujo material apresentado é pré-verbal, pré-mental e pré-simbólico, propondo alterações de grande porte ao quadro do método de tratamento psicanalítico tradicional. Neste caminho, aborda-se a distinção heurística entre o manejo e a interpretação, distinguindo a análise padrão da análise modificada e mostrando que as reformulações teóricas e clínicas propostas por Winnicott incidem não somente sobre a análise modificada, mas também levam a uma redescritção do tratamento analítico padrão e do próprio procedimento interpretativo. Com isso, explicita-se a aplicação da noção de manejo e suas especificidades em termos da nosografia winnicottiana, como também sua aplicação em termos das distintas modalidades de atendimento praticadas por Winnicott, tanto no que se refere à análise modificada no *setting* tradicional, quanto a outras práticas clínicas que, embora não sejam psicanálises ou psicoterapias propriamente ditas, estão rigorosamente embasadas em sua teoria psicanalítica. Por fim, são aventadas possibilidades de utilização e de aplicação da noção de manejo em termos de práticas não psicoterápicas.

Termos de indexação: psicanálise winnicottiana, método de tratamento, interpretação, manejo, análise modificada.

ABSTRACT

CESARINO, Marília Marchese. *The notion of management in the work of D. W. Winnicott*. 2012. 248f. Thesis (Doctorate in Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

This research seeks to systemize the use and the development of the notion of management in Winnicott's work. Compared to the traditional psychoanalysis, especially Freud's work, it shows some important theoretical differences introduced by Winnicott which was the foundation to changes on the method of treatment based on the repressed unconscious interpretation. Broadly, it can be state that, Winnicott's consideration regarding the functions and the role that the environment plays on the emotional development, gradually, resulted in the establishment of a clinical work based on analytic actions of environment provision. This is the most general meaning of management that is provided by his work. In this context, it is analyzed the basis of the Winnicott's communication theory, which main model is the mother-baby relationship, in order to show that, from a treatment perspective, made possible to recognize and intervene on the clinical situations which material presented is pre-verbal, pre-mental and pre-symbolic, proposing modifications large to the framework of traditional method of psychoanalytic treatment. In this line of thought, it is approached the heuristic distinction between the management and the interpretation, presenting the differences between the standard analysis and the modified analysis and showing that the theoretical and clinical reformulations proposed by Winnicott not only influenced in the modified analysis but changed the standard analytical treatment as well as the interpretative procedure. Considering the above, is made explicit the application of the notion of management and its specificities in terms of Winnicott's nosography, as well as its application in terms of various forms of care practiced by Winnicott, considering the modified analysis in the standard setting and other clinical practices that even though not officially psychoanalysis nor psychotherapy, they are rigorously based on psychoanalysis theory. Finally, are aired possibilities of uses and application of the notion of management in terms of not psychotherapy practices.

Indexing terms: Winnicott's psychoanalysis, method of treatment, interpretation, management, analysis modified.

RESUMEN

CESARINO, Marília Marchese. *La noción de manejo en la obra de D. W. Winnicott*. 2012. 248f. Tesis (Doctorado en Psicología) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

Este trabajo busca sistematizar la utilización y el desarrollo de la noción de manejo en la obra de Winnicott. En diálogo con el psicoanálisis tradicional, particularmente con la obra de Freud, procura mostrar algunas diferencias teóricas significativas introducidas por Winnicott al psicoanálisis, que fundamentaron modificaciones al método de tratamiento basado en la interpretación del inconsciente reprimido. De modo general, se puede afirmar que, de la consideración, realizada por Winnicott, de las funciones y del papel del ambiente en el desenvolvimiento emocional, resultó, gradualmente, el establecimiento de una clínica fundada en acciones analíticas de provisión ambiental, el sentido más general de la noción de manejo que puede ser recuperado de su obra. En ese contexto, son analizadas las bases de la teoría winnicottiana de la comunicación, cuyo modelo fundamental es la relación madre-bebé, para mostrar que, del punto de vista del tratamiento, ella permitió reconocer e intervenir sobre situaciones clínicas cuyo material presentado es pre-verbal, pre-mental y pre-simbólico, proponiendo alteraciones de gran porte al cuadro del método de tratamiento psicoanalítico tradicional. En ese camino, se aborda la distinción heurística entre el manejo y la interpretación, distinguiendo el análisis patrón del análisis modificado y mostrando que las reformulaciones teóricas y clínicas propuestas por Winnicott inciden no sólo sobre el análisis modificado, sino que también lleva a una redescipción del tratamiento analítico patrón y del propio procedimiento interpretativo. Con esto, se explicita la aplicación de la noción de manejo y sus especificidades en términos de la nosografía winnicottiana, como también su aplicación en términos de las distintas modalidades de atendimento practicadas por Winnicott, tanto en lo que se refiere al análisis modificado en el *setting* tradicional, cuanto a las otras prácticas clínicas que, aunque no sean psicoanálisis o psicoterapias propiamente dichas, están rigurosamente conectadas en su teoría psicoanalítica. Por último, son aventadas las posibilidades de utilización y de aplicación de la noción de manejo en términos de prácticas no psicoterápicas.

Términos de indexación: psicoanálisis winnicottiana, método de tratamiento, interpretación, manejo, análisis modificado.

Sumário

Introdução.....	1
1. Apresentação.....	1
2. Objetivo.....	7
3. Justificativa.....	8
4. Metodologia.....	10
5. Desenvolvimento.....	16
Capítulo 1. O método de tratamento psicanalítico de Freud.....	20
1.1. O problema clínico abordado por Freud.....	20
1.1.1. O período pré-psicanalítico.....	20
1.1.2. Fundamentos teóricos do método de tratamento psicanalítico de Freud.....	23
1.2. O desenvolvimento do método de tratamento freudiano.....	28
1.3. Limites da aplicabilidade do método: novos problemas no horizonte psicanalítico.....	34
1.4. A centralidade da interpretação no método de tratamento freudiano: comunicação e sentido no trabalho analítico.....	43
Capítulo 2. O método de tratamento psicanalítico de Winnicott.....	49
2.1. O problema clínico abordado por Winnicott.....	49
2.1.1. A trajetória profissional de Winnicott.....	50

2.1.2. Fundamentos teóricos do método de tratamento psicanalítico de Winnicott.....	58
2.2. A noção de manejo no desenvolvimento do método de tratamento winnicottiano.....	64
2.3. Comunicação e sentido na clínica winnicottiana: riscos da interpretação.....	79
 Capítulo 3. A distinção heurística entre a interpretação e o manejo na prática psicoterápica psicanalítica para Winnicott.....	94
3.1. Sobre a análise padrão e a análise modificada.....	95
3.2. Os sentidos da interpretação na obra de Winnicott e a interpretação como manejo.....	111
 Capítulo 4. Especificidades de manejo clínico em termos da nosografia winnicottiana.....	122
4.1. O manejo na clínica das neuroses: a função analítica de compreender processos e tolerar ideias.....	123
4.2. O manejo na clínica das depressões: a função analítica de sobreviver e aceitar reparações.....	129
4.3. O manejo na clínica das psicoses: a função analítica de sustentar e assumir a responsabilidade pelas falhas.....	136
4.4. O manejo na clínica da tendência antissocial: a função analítica de restauração do ambiente perdido.....	151
 Capítulo 5. Especificidades de manejo clínico em termos de distintas modalidades de atendimento.....	162

5.1. Análise modificada no <i>setting</i> tradicional.....	162
5.1.1. Ilustração do trabalho clínico de Winnicott em um caso de regressão à dependência.....	162
5.1.2. Ilustração do trabalho clínico de Winnicott em um caso de dissociação.....	171
5.2. Outras modalidades de atendimento praticadas por Winnicott.....	187
5.2.1. Ilustração clínica: o caso Philip.....	202
5.3. Nota sobre o manejo como aporte para intervenções não psicoterápicas.....	217
Considerações Finais.....	220
Referências.....	223

Introdução

1. Apresentação

A leitura da obra de Winnicott, que contém um vasto material clínico, torna evidente que nem sempre ele pratica o método de tratamento psicanalítico padrão, dando-se liberdades técnicas e metodológicas, chegando até mesmo a questionar a adequabilidade desse método em função dos diferentes pacientes e situações clínicas. Em “Os objetivos do tratamento psicanalítico”, Winnicott (1965d-b, p. 152) faz a seguinte afirmação: “faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise então faço alguma outra coisa”¹.

Esta afirmação contém a busca daquilo que é necessário para cada caso, relativamente independente dos preceitos que regem o tratamento psicanalítico padrão. Nesse sentido, a questão que se coloca é a de saber como Winnicott sustenta e desenvolve seu trabalho clínico, seja quando faz uma análise padrão, seja quando faz algo diferente, ainda que apoiado na teoria psicanalítica, ao que ele veio a chamar de “análise modificada” (Winnicott, 1965d-b).

Uma maneira de abordar essa questão é perscrutar como Winnicott entende a noção de manejo (*management*) ao longo de sua obra, detalhando seu proceder clínico em função das diversidades de tratamentos propostos e/ou realizados por ele.

O estudo da noção de manejo na obra de Winnicott requer certas contextualizações. Por tratar-se do estudo de um procedimento clínico, parte da técnica psicanalítica, precisa ser lido à luz das proposições gerais de

¹ Nossa leitura da obra de Winnicott se utiliza da obra em português, sempre cotejada pela obra em inglês. Desse modo, as citações no decorrer deste trabalho são tomadas ora da obra em português, ora da obra em inglês, quando identificamos algum tipo de problema de tradução que dificulta o entendimento. Neste último caso, todas as traduções são minhas. Quanto à apresentação das citações, tomaremos como base a classificação estabelecida por Hjulmand (1999, 2007), dado que esta será utilizada na publicação das obras completas de Winnicott, como informado por Abram (2008a).

Winnicott no que concerne a sua teoria do desenvolvimento psico-afetivo. Antes disto, no entanto, para efeito de contraste, que nos ajuda a esclarecer as posições e modificações propostas por Winnicott, faz-se necessário compreender os aspectos gerais do método de tratamento psicanalítico padrão proposto por Freud, tema que será conteúdo do primeiro capítulo desta tese.

Aqui, no entanto, para delimitar o contexto e objetivo dessa pesquisa, nos parece suficiente caracterizar o método de tratamento proposto por Freud como um método que visa a elaboração dos conflitos inconscientes reprimidos, via de regra de origem sexual e natureza edípica, responsáveis pela produção dos sintomas, em um caminho marcado pelo “recordar, repetir e elaborar” (Cf. Freud, 1914g)². A interpretação dos conteúdos inconscientes e das resistências, na situação transferencial, tem a finalidade de trazer à consciência os conteúdos inconscientes ora reprimidos, de maneira tal que uma nova organização psico-afetiva do conflito inconsciente tenha lugar. Este seria para Freud, o caminho em direção à cura, o que neste contexto significa a aquisição de maior liberdade de ação, a partir do fortalecimento do ego, instância psíquica que tem a função mediadora entre os distintos interesses que partem do psiquismo e a realidade externa.

O propósito da psicanálise é fortalecer o ego, torná-lo mais independente do superego, ampliar seu campo de percepção e estender sua organização de maneira a poder apropriar-se de novos fragmentos do id. Onde id estava, ego deve advir. (Freud, 1933a, p. 74)³.

Queremos salientar, neste momento, o fato de que a interpretação se configura como a ferramenta central do método de tratamento psicanalítico

² Quanto às citações e referências à obra de Freud, estaremos utilizando a classificação proposta por Tyson & Strachey (1956).

³ Neste trabalho estamos utilizando prioritariamente a obra de Freud em espanhol, editada pela Amorrortu, que foi traduzida diretamente do alemão, fazendo exceção somente a alguns textos, já publicados, que recentemente foram traduzidos do alemão para o português, editados pela Companhia das Letras. No caso dos textos citados a partir da obra em espanhol, todas as traduções são minhas.

padrão, dado que, em Winnicott, a noção de manejo não é redutível a de interpretação.

As proposições relativas à modificação do método de tratamento, que podem ser evidenciadas a partir da compreensão da noção de manejo na obra de Winnicott, representam contribuições expressivas para a psicanálise, que são, por sua vez, reconhecidas por diversos comentadores. Poucos comentadores, entretanto, colocam em evidência a noção de manejo tal como pretendemos desenvolver neste trabalho, não se referindo a essa noção ou referindo-se a ela apenas lateralmente, embora fazendo menção a contribuições que lhe dizem respeito⁴.

Dentre os autores que se dedicaram às modificações propostas por Winnicott ao método de tratamento psicanalítico tradicional, especialmente tendo em vista a clínica com pacientes regredidos, referindo-se, no entanto, apenas de forma lateral à noção de manejo, pode-se citar Phillips (1988), que salienta a importância fundamental de uma nova provisão ambiental àqueles casos cuja problemática central deriva de estágios muito primitivos do desenvolvimento. Para Phillips, assim como para Forlenza Neto (2004, 2008), estes elementos são, na concepção de Winnicott, reconstituídos pelo *setting* analítico e pelo manejo deste *setting*. Também Safra (1999) trata da importância do manejo do *setting* de acordo ao gesto criativo do paciente, de modo que tudo o que ocorre neste contexto – e isto é mais verdadeiro quanto mais primitivas forem as necessidades do paciente – deve, por assim dizer, serem criadas pelo paciente. Fulgencio (2008c) salienta, a partir do uso da noção de manejo, a importância de tipos específicos de ambientes,

⁴ Algumas hipóteses de compreensão desta espécie de carência de explicitação da noção de manejo entre os comentadores podem ser consideradas. Para o leitor da obra traduzida para o português, esta situação talvez se deva aos distintos modos pelos quais a palavra *management* recebeu tradução (além de manejo, administração, gestão, tratamento, entre outras). Além disto, o termo *handling*, que se refere ao aspecto físico do cuidado materno no estágio da dependência absoluta – e que neste trabalho será traduzido por “manuseio”, para evitar confusões – também foi traduzido por manejo, o que contribui para diversas imprecisões teóricas e, sobretudo, para o não reconhecimento da especificidade da noção de manejo e sua importância para a clínica winnicottiana. De modo geral, tal situação talvez possa também ser atribuída à característica descritiva da linguagem winnicottiana que, utilizando-se de termos de uso comuns à experiência, acaba por fazer, por vezes, com que noções centrais da obra não sejam tratadas como conceitos em si, que mereçam destaque e aprofundamento teórico.

reconstituídos pela situação analítica, necessários às distintas problemáticas que se apresentam.

Há outros trabalhos que, também discutindo a clínica dos estados regredidos, de modo geral, reconhecem as profundas distinções propostas por Winnicott ao método de tratamento tradicional, sem, no entanto, chegar a formulá-las em termos de manejo, como é o caso, por exemplo, de Bonamínio (2008), que salienta a importância de, em determinadas situações clínicas, “não interpretar”, de Naffah Neto (2005, 2007) que, colocando em ênfase a noção winnicottiana de experiência, sublinha a compreensão de que certas situações em análise são vividas pela primeira vez na relação com o analista, não possuindo qualquer referência a ordem do reprimido. Aspectos que dizem respeito à atitude do analista, tais como confiabilidade e sobrevivência são salientados por Dias (1999, 2002) e também por Abram (2008b), como parte fundamental do *setting* analítico e que dizem respeito ao cuidado como provisão ambiental. Também Loparic (1999) dedica-se a mostrar que o método de tratamento winnicottiano, fundado sobre alicerces teóricos radicalmente distintos dos da psicanálise tradicional, admite um tipo de cuidado que não é dado em termos de comunicações verbais, onde as bases não se estabelecem em torno de processos de simbolização e de representação dos conteúdos tornados inconscientes.

É possível também citar, no âmbito da literatura psicanalítica que discute casos clínicos inspirados na tradição winnicottiana, diversos autores que apresentam, do ponto de vista prático, a utilização clínica do manejo – ainda que sem referir-se diretamente a esta noção – em substituição a uma clínica pautada eminentemente no instrumento interpretativo, entre eles, Khan (1974, 1988), que apresenta algumas conduções de casos que incluem diversas intervenções extra-*setting*; Little (1985), em um relato de sua análise com Winnicott, que inclui, em dado momento, sua hospitalização indicada e acompanhada pelo analista e Sechehaye (1951), relatando um caso de esquizofrenia, que incluiu diversos cuidados concretos básicos realizados pela analista. Outros trabalhos que se referem à condução de casos clínicos, levando em conta as contribuições de Winnicott no que tange à modificação da

técnica também podem ser encontrados em Lins & Luz (1998), Safra (2005), Vilete (2002), Gurfinkel (2008), Rodolfo (2008).

Há também trabalhos que mencionam a noção de manejo, ainda que lateralmente, entretanto, somente no que diz respeito a um diagnóstico específico ou a um determinado procedimento clínico, como é o caso, por exemplo, de Vilete (2005) e Garcia (2004), discutindo a clínica da tendência antissocial, de Lins (2006) e Garcia (2005), discutindo a mesma problemática abordada pelo método clínico das Consultas Terapêuticas e de Vaisberg (2004), discutindo enquadres clínicos diferenciados.

Recentemente alguns artigos têm dado maior ênfase à importância da noção de manejo na clínica winnicottiana, entre eles, Hammoud (2009) que discute a condução do caso Patrick, descrito no texto “Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda” (Winnicott, 1965f), evidenciando a centralidade do manejo e suas especificidades no referido caso; Dias (2011b) e Naffah Neto (2010), que tendo como enfoque principal a redescrição da tarefa interpretativa no escopo teórico e clínico winnicottiano, afirmam que algumas formas de interpretação em Winnicott servem aos fins de manejo; e um segundo artigo de Dias (2011a), que busca explicitar as inovações teóricas de Winnicott que dão sustentação ao manejo como procedimento terapêutico legítimo e à inadequação do uso da interpretação em determinadas situações clínicas.

Neste contexto, pode-se afirmar que o tema foi ainda insuficientemente estudado e que nenhum dos estudos citados dedicou-se a explicitar, a partir do texto de Winnicott, as diversas maneiras como a noção de manejo pode ser concebida. O que nos parece mais próximo de uma primeira sistematização, ainda que de modo muito breve, é encontrado na Introdução de “Da Pediatria à Psicanálise”, escrita por Masud Khan (1958), que reconhece tanto as dimensões do manejo no *setting* psicanalítico, como fora dele. Khan salienta que a clínica com pacientes em estado regressão fora pensada por Winnicott muito mais em termos de manejo do que de interpretação. Na obra de Winnicott, segundo Kahn, podem ser encontrados três sentidos básicos da noção de manejo: a qualidade do contexto analítico, o fornecimento, pelo

analista, do que é necessário ao paciente e o manejo em termos de cuidados oferecidos em outros contextos que não o *setting* analítico, como é o caso de cuidados proporcionados pela família ou por uma hospitalização.

Khan fornece assim um primeiro delineamento a ser desenvolvido e que, nos parece, pode ainda ser mais explorado em pelo menos três direções: em primeiro lugar, no que diz respeito às patologias onde os problemas centrais não decorrem dos estágios iniciais de dependência; como um segundo ponto, no que concerne a utilização da noção de manejo para o desenvolvimento de outros procedimentos clínicos, embasados pela psicanálise, mas que utilizam de *settings* diferenciados e, finalmente, como aporte para intervenções de outras áreas que não as psicoterápicas.

Com base no estudo da obra de Winnicott e na pesquisa bibliográfica realizada, definimos nosso objetivo de pesquisa, explicitado a seguir.

2. Objetivo

A proposta desta pesquisa tem em vista a organização e a sistematização da maneira como a noção de manejo foi usada e desenvolvida por Winnicott ao longo de sua obra. O objetivo deste trabalho consiste, pois, em explicitar os diversos sentidos de manejo que podem ser apreendidos no todo da obra de Winnicott, contribuindo, deste modo, para o aprofundamento do tratamento psicanalítico padrão, bem como para outras formas de intervenção psicoterápicas, sejam elas praticadas no *setting* propriamente analítico ou por meio de outros dispositivos ou procedimentos clínicos. A explicitação dos distintos sentidos de manejo deve ainda contribuir no sentido de um aporte para outras áreas que não psicanalíticas ou psicoterápicas, mas que, de algum modo, estejam relacionadas ao desenvolvimento emocional humano.

3. Justificativa

D. W. Winnicott tem sido objeto de grande interesse entre profissionais e pesquisadores no campo da psicanálise e áreas afins⁵. O autor vem se consolidando nas últimas décadas como um dos grandes autores da psicanálise e a originalidade de seu pensamento tem sido apontada por muitos estudiosos como um grande passo no desenvolvimento desta disciplina. Assim, podemos encontrar nos trabalhos de Phillips (1988), Loparic (1995, 1997, 1999, 2001, 2006, 2008), Dias (1998, 1999, 2002, 2003, 2008), Fulgencio (2004, 2006, 2008a), Khan (1958, 1974, 1988) Abram (2008b), Bonamínio (2008), Forlenza Neto (2004, 2008), Naffah Neto (2005, 2007, 2010), Vaisberg (2004), Vilete (2002, 2005), Safra (1999, 2005), Lins (2000; 2006), dentre outros, estudos que demonstram que, a partir da obra de Winnicott, a psicanálise tanto teórica como clinicamente sofreu alterações de grande porte.

Os desenvolvimentos teóricos realizados por Winnicott foram motivados por situações clínicas que tinham dificuldade de serem tratadas pelo método psicanalítico, dentre elas o tratamento de crianças, os casos de psicose, as personalidades falso *self*, e os sintomas característicos da tendência antissocial. Neste sentido, sua psicanálise abre a perspectiva de tratamento de um número mais amplo de casos, propondo, para isto, modificações significativas para o método de tratamento psicanalítico. O estudo do manejo se justifica, dessa forma, uma vez que apresenta uma perspectiva de ampliação do método de tratamento psicanalítico, capaz de resolver problemas clínicos para os quais a psicanálise ainda não havia produzido respostas efetivas.

Se o estudo do manejo traz contribuições significativas para o desenvolvimento da psicanálise enquanto campo de atuação clínica, tanto em

⁵ Nesse contexto, faz-se importante lembrar que, em 2007, foi publicada uma pesquisa realizada com 250 analistas em formação da IPA de diversos lugares do mundo, em que, a partir de uma lista previamente estabelecida com mais de cinquenta autores, pedia-se aos candidatos que assinalassem, por ordem de interesse, entre os autores citados. Nesta pesquisa Winnicott aparece como autor de maior interesse entre os candidatos da Europa, América do Norte e outros continentes, com exceção da América do Sul, onde aparece em segundo lugar, ficando atrás apenas de Freud. (Cf. Ragal, 2007).

termos abrangência das patologias como em termos de procedimentos clínicos inovadores, ele apresenta ainda perspectivas de aplicação em campos não tradicionalmente ocupados pela psicanálise. A noção de manejo pode servir de aporte para abordagens, tanto interventivas como preventivas, em instituições de distintas naturezas, entre elas, escolas, comunidades, serviços de saúde pública, assistência social, etc.

Cabe apontar que este foi, por assim dizer, o caminho pelo qual o manejo se apresentou a mim como tema de pesquisa. Os seis anos de prática clínica com psicóticos em um Centro de Atenção Psicossocial suscitaram-me a busca por teorias que fundamentassem e orientassem uma prática que é, neste contexto, realizada por um acompanhamento cotidiano e administração conjunta da vida de pessoas que, em função de suas problemáticas, encontram-se impossibilitadas de conduzir suas vidas autonomamente. Esta busca me levou a Winnicott e à consideração de uma clínica realizada pelo fornecimento de um ambiente adaptado às necessidades de cada paciente e pela comunicação feita de presença e confiabilidade. Levou-me ainda à verificação de uma clínica que se sustenta com eficácia em *settings* não tradicionais e sem a utilização dos procedimentos psicanalíticos tradicionais de associação livre e interpretação. Muitos desses aspectos foram sistematizados por ocasião de minha dissertação de mestrado (Cesarino, 2008), utilizando a noção de manejo como conceito central para a compreensão de enunciação de uma clínica psicanalítica, que por não ser tradicional, se aplica a campos de atuação distintos, dando a psicanálise uma perspectiva maior de utilidade social.

4. Metodologia

Neste estudo realizamos uma pesquisa de natureza teórica, tendo como foco a interpretação da obra de Winnicott em termos da explicitação das suas proposições sobre o método de tratamento psicanalítico. Mais especificamente, tomamos a noção de manejo como enfoque principal, possibilitando iluminar o desenvolvimento de práticas clínicas, tanto relativas ao método de tratamento psicanalítico propriamente dito, quanto relativas a outras práticas psicoterápicas. Desta maneira, este trabalho tem como principal objeto a obra de D. W. Winnicott, de onde recolhemos suas principais formulações sobre o tema, articuladas à teoria geral de Winnicott e à teoria dos distúrbios psíquicos dela derivada. Realizamos, desse modo, uma pesquisa conceitual, estrutural e sistemática da obra no que tange ao tema aqui explicitado.

Este modo de proceder pode ser caracterizado como método hermenêutico de interpretação e leitura⁶ que, *grosso modo*, recomenda que cada texto e cada frase sejam lidos e referenciados a partir do todo da obra do autor e, vice-versa, o todo também pelas partes. Esta interpretação deve ser ainda realizada considerando-se a história de vida do autor e o horizonte intelectual da época em que a obra foi escrita.

No entanto, na medida em que esse método se aplica adequadamente aos trabalhos de cunho filosófico, nossa maneira de proceder faz um determinado recorte da perspectiva hermenêutica, optando por uma determinada compreensão do todo da obra, já estabelecida por alguns de seus comentadores, a saber: Phillips (1988), Loparic (2001, 2006), Dias (2003), Fulgencio (2007) e Abram (2008a).

Neste sentido, esta pesquisa se orienta por uma determinada perspectiva da leitura da obra de Winnicott, perspectiva esta que reconhece distinções profundas entre a obra winnicottiana e a psicanálise tradicional, nos moldes inicialmente estabelecidos por Freud. Tais distinções se apresentam, em linhas

⁶ Método discutido e explicitado pelo filósofo Hans-Georg Gadamer. Cf. Gadamer (2008). Cf. também Lawn (2007).

gerais, pela substituição, realizada por Winnicott, da teoria geral da psicanálise tradicional, a saber, a teoria da sexualidade, por sua teoria do amadurecimento pessoal, que inclui alguns dos principais elementos da teoria da sexualidade, porém redescritos sob outros fundamentos. Dentre estes novos fundamentos, cabe salientar o abandono da metapsicologia freudiana, que responde aos procedimentos das ciências naturais, e a utilização de uma linguagem mais descritiva que se aproxima do caráter experiencial dos fenômenos humanos.

Da substituição da teoria geral decorre também a compreensão de novas categorias de problemas clínicos, não passíveis de formulação no quadro da psicanálise tradicional. Ocorre, de modo geral, que as dificuldades relativas ao complexo de Édipo não são mais o problema central da psicanálise winnicottiana, para a qual existem problemas mais fundamentais que são decorrentes de dificuldades relativas à relação inicial mãe-bebê.

Assim, estamos caracterizando as distintas psicanálises como quadros teóricos de referência que estabelecem os problemas a serem considerados e os modos de solução destes problemas. Trata-se, pois, de caracterizá-las como uma ciência, dentro dos moldes estabelecidos por Kuhn (1970), para quem toda ciência estabelece-se a partir do que ele denominou 'paradigma', que diz respeito à constelação de crenças, valores e técnicas que constituem um quadro de referência teórico partilhado entre os membros da comunidade científica, bem como aos modos de formular e resolver problemas dentro deste quadro, os 'exemplares', caracterizando, pois, a ciência como solucionadora de quebra-cabeças de um determinado tipo.

A caracterização da psicanálise enquanto uma ciência é o que nos permite, por assim dizer, sustentar uma pesquisa teórica sobre um tema tão diretamente relacionado à prática clínica. Aqui, faz-se necessário ter em mente a seguinte distinção: 1. a psicanálise enquanto método de pesquisa clínica, no contexto de um tratamento (pesquisa das motivações inconscientes, associação livre, atenção flutuante e interpretação do inconsciente) e 2. a psicanálise enquanto um corpo teórico, que a permite ser caracterizada como

ciência⁷. No contexto desta pesquisa, podemos dizer que este primeiro eixo é tomado como problema, enquanto o segundo é tomado como objetivo, a saber, contribuir com a construção e aprimoramento do corpo teórico psicanalítico, o que exige um método distinto daqueles utilizados no contexto de uma pesquisa clínica. Vale notar que tal distinção é apontada claramente por Freud:

Um dos méritos que a psicanálise reivindica para si é o fato de nela coincidirem pesquisa e tratamento; mas a técnica que serve a uma contradiz, a partir de certo ponto, o outro. Não é bom trabalhar cientificamente um caso enquanto seu tratamento não foi concluído, compor sua estrutura, prever seu prosseguimento, de quando em quando registrar o estado em que se acha, como exigiria o interesse científico. O êxito é prejudicado, nesses casos destinados de antemão ao uso científico e tratados conforme as necessidades deste; enquanto são mais bem-sucedidos os casos em que agimos como que sem propósito, surpreendendo-nos a cada virada, e que abordamos sempre de modo despreconcebido e sem pressupostos. A conduta correta, para o analista, está em passar de uma atitude psíquica para outra conforme a necessidade, em não especular e não cogitar enquanto analisa, e submeter o material reunido ao trabalho sintético do pensamento apenas depois que a análise for concluída. (Freud, 1912a, pp. 153-154)

A concepção que Winnicott (1986k) apresenta de pesquisa em psicanálise também considera tal distinção. Ele afirma que a psicanálise é um método de tratamento, desenvolvido para resolver problemas de adoecimento psíquico e que, apoiada neste método de tratamento, a psicanálise foi se constituindo enquanto uma ciência, a partir da elaboração de um corpo teórico próprio que, orienta, por sua vez, o método de abordagem clínica: “a

⁷ Conforme apresentamos, a caracterização da psicanálise como ciência pode ser realizada a partir da perspectiva epistemológica de Thomas S. Kuhn. Cf. Kuhn (1970).

psicanálise, portanto, é um termo que se refere especificamente a um método, e a um corpo teórico que diz respeito ao desenvolvimento emocional do indivíduo. É uma ciência aplicada que se baseia em uma ciência.” (Winnicott, 1986k, p. XIII)

Embora reconheça a íntima relação que existe entre o que ele chama de ciência e ciência aplicada, Winnicott afirma que como cientistas, ou seja, no exercício de pesquisas que visem a elaboração ou o aprimoramento de teorias científicas, é preciso ter bem claro que estas duas dimensões da psicanálise constituem campos distintos: “ciência aplicada não é ciência. Quando faço uma análise, isso não é ciência. Mas eu dependo da ciência quando trabalho naquilo que não poderia ter sido feito antes de Freud” (Winnicott, 1986k, p. XV).

Entretanto, o reconhecimento da psicanálise como ciência a partir da perspectiva epistemológica de Kuhn exige-nos ainda um esclarecimento, uma vez que a psicanálise não pode ser considerada uma ciência madura, pois neste campo coexistem distintos paradigmas. Pautados pela compreensão de que a inserção da psicanálise no campo da ciência implica em colocá-la em condição de responder aos mesmos critérios de outros campos reconhecidamente científicos, o que se faz necessariamente em diálogo com a Epistemologia e a Filosofia das ciências, buscamos apoio nas pesquisas realizadas inicialmente por Loparic, que considera “frutífero olhar para ela [a psicanálise] na perspectiva khuniana, procurando por formas incipientes de um paradigma e por crises, seguidas de pesquisa revolucionária” (Loparic, 2006, p. 23). O autor defende, neste contexto, que Winnicott representa um novo paradigma dentro da psicanálise. Esta discussão, no entanto, extrapola os objetivos desta pesquisa, sendo-nos útil para os fins aqui propostos, a utilização das proposições de Loparic no que concerne a aplicação da noção khuniana de paradigma às teorias psicanalíticas, tomadas como um instrumento que nos permite visualizar mais claramente as inovações da psicanálise winnicottiana, tanto no que diz respeito ao quadro teórico, construído sobre novas bases, quanto aos modos de formular e resolver problemas dentro deste novo quadro.

Tendo como foco os modos de resolução de problemas clínicos em Winnicott, para os quais a noção de manejo se faz fundamental, esta pesquisa buscará explicitar inicialmente, a luz deste instrumento, os modos como eles vieram a ser formulados em Winnicott, tomando como contraponto o método de tratamento psicanalítico padrão estabelecido por Freud.

Para explicitar os modos como Winnicott resolve seus problemas clínicos – e aqui estamos retomando uma questão indicada anteriormente, a saber, de como se fundamenta o empreendimento de uma pesquisa teórica que verse sobre um tema tão diretamente relacionado à prática –, além de retomarmos os desenvolvimentos de Winnicott no que concerne ao que pode ser denominado ‘teoria da técnica’, daremos especial ênfase aos casos clínicos que, vale ressaltar, são fartos em sua obra. Dentro da perspectiva de aplicação da noção kuhniana de paradigma à psicanálise, os casos clínicos podem ser tomados como os ‘exemplares’ de um paradigma, exemplos concretos capazes de transmitir os modos solução de problemas dentro de uma determinada disciplina. A partir do exemplar “o estudante passa a conceber situações que o confrontam como um cientista, encarando-as a partir do mesmo contexto (*gestalt*) que os outros membros de seu grupo de especialistas”, assimilando, desta forma “uma maneira de ver testada pelo tempo e aceita pelo grupo” (Kuhn, 1970, p. 235).

A compreensão do caso clínico em psicanálise como uma forma de transmitir os modos de compreender os problemas e de intervir sobre eles é também claramente apresentada por Freud:

Cada um dos senhores já deve estar convencido por experiência própria de que se aborda de maneira muito diferente um novo caso se antes nos apropriamos da estrutura de alguns casos patológicos característicos. Imaginem que tivéssemos chegado a uma fórmula sucinta dos fatores que estruturam as diversas formas de neurose, como já conseguimos no que diz respeito à formação dos sintomas na

histeria: como se tornaria seguro então nosso prognóstico!
(Freud, 1910c, p. 135).

As mesmas funções do caso clínico em psicanálise podem ser apreendidas da obra de Winnicott que, em diversos momentos, faz aclarar na descrição de seus casos, que as intervenções realizadas baseiam-se em suas concepções sobre a problemática em questão, explicitando-as como distintas das concepções correntes na psicanálise tradicional. A título de exemplo, podemos citar os casos descritos nos textos “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica” (Winnicott, 1963a) e “Sonhar, fantasiar e viver: uma história clínica que descreve uma dissociação primária” (Winnicott, 1971h)⁸, nos quais Winnicott faz aclarar a inadequação da aplicação do método padrão, propondo, por isso, novos modos de intervir baseados em seus desenvolvimentos teóricos.

Desse modo, essa pesquisa teórica privilegiará o estudo dos casos clínicos de Winnicott, da maneira aqui explicitada, como forma de abordar os fenômenos que dizem respeito à prática clínica. A escolha dos casos estudados responde aos distintos sentidos de manejo que, ao longo deste trabalho, vão sendo esclarecidos. De modo geral, busca-se ilustrar o trabalho clínico em termos de manejo no *setting* psicanalítico e no que diz respeito a outras modalidades de atendimento, ambos balizados pelas especificidades de manejo em termos de diferentes patologias.

⁸ Estes dois casos serão analisados, tomados como indicação das modificações propostas por Winnicott ao método psicanalítico tradicional e de suas proposições com relação ao manejo enquanto procedimento terapêutico legítimo, no Capítulo 5 desta tese.

5. Desenvolvimento

Esta tese será apresentada ao longo de cinco capítulos, tendo em vista tanto a interpretação sistemática das contribuições de Winnicott, quanto o esclarecimento das suas posições a partir das de Freud. Não se trata de um estudo comparativo, o que implica dizer que o uso de outros autores tem objetivo de esclarecer, pontualmente, o que Winnicott propõe.

No primeiro capítulo tratamos do método de tratamento psicanalítico padrão, especialmente a partir de Freud. Utilizando como base o modelo de aplicação da noção kuhniana de paradigma ao campo psicanalítico, procuramos explicitar qual o problema inicial de Freud e como ele foi compreendido dentro de seu corpo teórico, bem como o método proposto neste contexto para resolução destes determinados problemas. Assim, apresentamos, em linhas gerais, o caminho percorrido teoricamente por Freud na compreensão das histerias, que depois se estendeu a outras patologias no âmbito das neuroses de transferência, explicitando, pois, os pilares teóricos que sustentam tal compreensão, a saber, teoria da repressão, teoria da sexualidade infantil e do complexo de Édipo e a existência de processos mentais inconscientes. A seguir, mostramos como tal concepção sustenta um método de tratamento fundado na interpretação como forma de trazer à consciência motivações inconscientes reprimidas. Buscando reconhecer os limites deste método, mostramos como Freud foi tratando os problemas no âmbito das psicoses, patologias com relação às quais sempre declarou a impotência da psicanálise, indicando o modo como tais patologias contribuíram para sua formulação posterior do segundo dualismo pulsional, cujo impacto para o método de tratamento foi o de uma reiteração da limitação do método para certos casos. Tendo considerado as pulsões de morte e de vida como constitucionais e todos os fenômenos psíquicos como, em última instância, derivados do jogo entre estas forças, muitas situações clínicas foram então dadas como inalisáveis. Em seguida, em diálogo com alguns comentadores, em especial Loparic, apresentamos algumas críticas que podem ser formuladas ao método de tratamento freudiano, a saber, a consideração de que

todos os atos psíquicos são representacionais e, por isto, capazes de serem verbalizados, sendo, esta a característica central de toda comunicação em análise e; a consideração de que a produção de sentido humano dá-se prioritariamente pelo preenchimento das lacunas conscientes.

No segundo capítulo, em diálogo com o primeiro, nos dedicamos a apresentar as noções gerais do método de tratamento desenvolvido por Winnicott, mostrando os problemas dos quais partiu, a saber, derivados de sua clínica pediátrica que, gradualmente iria se consolidar enquanto uma clínica psicanalítica de crianças; do trabalho nos tempos de guerra junto a crianças e adolescentes que apresentavam algum tipo de atitude antissocial e; da clínica com psicóticos. A partir destas situações clínicas, mostramos como a noção de ambiente foi tomando um lugar central no pensamento de Winnicott, a partir da qual se articulam tanto os desenvolvimentos teóricos, naquela que veio a ser sua teoria do amadurecimento pessoal, bem como as modificações de seu método de tratamento, que pode ser caracterizado, *grosso modo*, por distintos modos de cuidar adaptados às necessidades de cada paciente. Nesse contexto, a noção de manejo desenvolve-se e compreende-se enquanto provisão ambiental. Apresentamos como esses distintos tipos de cuidados (e de manejo) respondem a modos de comunicação não necessariamente verbais, salientando a importância e a função da comunicação silenciosa e daquela que é dada pelo brincar. Relacionado a isto, abordamos também a compreensão winnicottiana da produção de sentido humana, a saber, dada pela criatividade originária, que se sustenta pela amorfia inicial, de onde parte um gesto espontâneo que encontra lugar no ambiente. Estes dois últimos pontos servem, naturalmente, de contraponto ao método de tratamento freudiano. Mostramos, com isso, que a consideração de tais elementos levou Winnicott a modificar o lugar da interpretação em seu método de tratamento que, *grosso modo*, passa a não mais ocupar um lugar de centralidade.

No terceiro capítulo, nos dedicamos a apresentar as distinções entre o manejo e a interpretação na clínica winnicottiana. Neste contexto, caracterizamos a análise padrão que, *grosso modo*, responde aos casos onde a estruturação da personalidade já pode ser tomada como um fato, e a análise modificada que, *grosso modo*, responde às patologias que se estruturam em

torno da dependência. Nestes termos, delineamos, em primeiro lugar, o uso da interpretação clássica na clínica e uso do manejo, aspecto central da análise modificada. Mostramos também que a noção de manejo tem impacto sobre a análise padrão, na medida em que há sempre um elemento de dependência em qualquer que seja a situação clínica enfrentada. Nesse caso, o manejo não ocupa um lugar central, mas certamente um lugar de base, referido a certas condições sem as quais nenhum trabalho pode ser realizado. Por fim, apresentamos o entendimento de Winnicott sobre o que seja uma interpretação e, nesse sentido, o que pode ser chamado de uma redescritção do procedimento interpretativo, em termos de suas características e de suas funções, que deriva das inovações teóricas e clínicas propostas por Winnicott. Nesse contexto, mostramos também em que medida a interpretação, ela mesma, pode ser compreendida enquanto manejo.

No quarto capítulo, apresentamos a aplicação da noção de manejo de acordo com a nosografia geral winnicottiana, a saber, psicoses, neuroses e depressões, incluindo também a problemática da atitude antissocial, que embora não seja uma categoria diagnóstica propriamente, mas um tipo específico de defesa, possui particularidades que, do ponto de vista clínico, evidenciam a importância significativa da noção de manejo. As patologias são então apresentadas em termos de sua etiologia e dinâmica específica, considerando, sobretudo, os tipos de falhas ambientais que podem ser a elas referidos, tendo como pano de fundo as proposições winnicottianas quanto ao papel do ambiente no que se refere aos distintos momentos do desenvolvimento emocional saudável. Tais considerações permitem mostrar as especificidades de manejo, enquanto provisão ambiental, em termos das distintas patologias. Em linhas gerais, nas neuroses, trata-se de compreender e tolerar ideias, nas depressões, sobreviver ao ódio e aceitar reparações, nas psicoses, sustentar um ambiente confiável e, na atitude antissocial, ressarcir quanto aos danos pelo ambiente perdido.

No quinto e último capítulo, discutimos a aplicação da noção de manejo às distintas modalidades clínicas desenvolvidas e praticadas por Winnicott, entre as quais encontram-se as consultas terapêuticas, o atendimento de caso, a psicanálise sob demanda, a psicanálise cuja condução é compartilhada com

os pais. Mostramos, especialmente, que este tipo de prática é sustentado pela compreensão de que toda psicoterapia é realizada com base em sustentações ambientais específicas e adaptadas às necessidades de cada caso, de modo que o trabalho pode ser realizado, em grande parte, por outros ambientes que não o *setting* propriamente psicanalítico. Discute-se, neste sentido, a título de perspectivas de ampliação da dimensão de manejo, sua utilidade em campos não psicoterápicos, tais como: a educação, assistência social, enfermagem, campo jurídico, programas de adoção e políticas públicas em geral, dando especial ênfase à sustentação de práticas preventivas, dada sua dimensão de utilidade social.

Tendo percorrido esse caminho, apresentamos nossas considerações finais.

Capítulo 1. O método de tratamento psicanalítico de Freud

1.1.O problema clínico abordado por Freud

1.1.1.O período pré-psicanalítico

Como é próprio da atividade científica, a delimitação de um problema implica na estruturação de certos constructos teóricos que visam fornecer uma compreensão ao fenômeno, assim, como na proposição de certos procedimentos que, apoiados nesta compreensão, possam oferecer algum grau de resolutividade ao problema em questão. No caso de Freud, tratou-se, desde o início, de compreender e tratar “um enigmático estado que desde os tempos da medicina grega recebe o nome de histeria e que é capaz de simular toda uma série de graves quadros.” (Freud, 1910a, p. 08). Tratava-se, pois, de um quadro que, embora apresentasse sintomas parecidos a algum tipo de afecção cerebral orgânica, isto não podia ser verificado, o que o colocava fora do âmbito da compreensão e do tratamento desde a perspectiva da medicina e exigia novas hipóteses que lhe pudessem lançar alguma luz.

Neste contexto iniciam-se as pesquisas de Freud, inicialmente em conjunto com Breuer, com quem publica “Estudos sobre a Histeria” (Freud, 1895d), um livro que traz uma grande quantidade de relatos de tratamentos e de casos clínicos. Neste, se delineia uma primeira hipótese de compreensão da histeria, a saber, de que os sintomas histéricos formavam-se como resíduos ou precipitados de experiências emocionais traumáticas. Os histéricos sofrem de reminiscências, afirmaram os autores na ocasião. As situações ora determinadas como traumáticas eram aquelas que, por alguma razão, não permitiam exteriorização emocional normal, ficando o afeto retido, estrangulado, impedido de avançar pelos caminhos que conduziriam à consciência. Como resultado, em partes, esses afetos permaneciam como fonte constante de excitação ao psiquismo e, em partes, desviavam-se, causando um transbordamento por vias erradas, para as inervações e inibições

somáticas, produzindo sintomas físicos que foram denominados de conversão histérica (Cf. Freud, 1910a, 1914g, 1923a, 1925d).

A descoberta desse sentido oculto dos sintomas histéricos deu-se a partir do emprego da hipnose no tratamento de pacientes histéricos que, como havia demonstrado Charcot, permitia acessar níveis psíquicos inacessíveis à consciência (Cf. Freud, 1910a; Freud, 1925d). Nas experiências de Freud e Breuer, o paciente em estado hipnótico era capaz de chegar ao significado antes desconhecido de seus sintomas, o que era acompanhado de reações emocionais intensas e de conseqüente remissão de sintomas.

Nasce assim aquele que foi denominado de método catártico de tratamento que consistia em, sob o estado hipnótico do paciente, “focalizar diretamente o momento em que o sintoma se formava, e em esforçar-se persistentemente por reproduzir os processos mentais envolvidos nessa situação, a fim de dirigir-lhes a descarga ao longo do caminho da atividade consciente” (Freud, 1914g, p. 163).

Tal método, entretanto, logo foi apresentando seus limites. Em primeiro lugar, Freud deparou-se com uma limitação prática. Verificava com freqüência que grande parte dos pacientes não eram hipnotizáveis, o que o levou ao abandono da hipnose e à tentativa de manutenção do procedimento catártico independente dela. Sob a influência de Bernheim, de Nancy, com quem havia aprendido que os pacientes sempre conhecem as ideias esquecidas, Freud passa a pedir que seus pacientes busquem suas recordações, assegurando a eles, mesmo quando afirmavam nada mais saber, que essas se encontravam de posse deles (Freud, 1910a, 1923a). Tal procedimento começa a tornar claro certos aspectos da dinâmica das neuroses, relativamente obscurecidos pelo uso da hipnose, aspectos estes que, segundo Freud, de algum modo, já haviam se apresentado desde o início, desde a primeira paciente de Breuer, Anna O. Trata-se do reconhecimento dos fenômenos da transferência e da resistência.

Em seu “Estudo Autobiográfico” (Freud, 1925d), Freud afirma que, após a conclusão do tratamento catártico de Anna O., havia se desenvolvido uma condição de ‘amor transferencial’, que nunca fora enfrentada por Breuer como

parte do quadro patológico da moça, o que para Freud, estava relacionado com a resistência de Breuer em reconhecer a etiologia sexual das neuroses. Também, em distintas passagens, Freud afirma que, embora a catarse produzisse resultados significativos na remissão de sintomas, era verificável que o sucesso do tratamento dependia inteiramente da relação do paciente com o médico (Freud, 1923a, 1925d). “Se essa relação fosse perturbada”, comenta o autor, “voltavam a aparecer todos os sintomas como se nunca houvessem tido solução” (Freud, 1923a, p. 233).

Juntamente com esse fenômeno, denominado por Freud de transferência, o hábito de insistir que os pacientes buscassem, eles mesmos, as recordações esquecidas, passou a revelar também fenômeno clínico da resistência. Com tal procedimento, comenta Freud, pode-se confirmar, por um lado, que as recordações esquecidas “se encontravam de posse do enfermo, prontos a aflorar em associação com o que ainda era sabido por este”. Entretanto, ele continua, “alguma força os impedia de tornarem-se conscientes e os obrigava a permanecerem inconscientes” (Freud, 1910a, p. 20). A resistência, apresentando-se como dificuldade em tornar consciente o material patogênico em ação, indicava, pois, uma luta que se travava internamente no paciente:

Nos enfermos sobre tratamento, encontravam-se duas forças exercendo ação eficaz: por um lado, o esforço consciente de trazer à consciência o esquecido presente no inconsciente, e, por outro, a conhecida resistência impedindo este devir-consciente do reprimido ou de seus derivados. (Freud, 1910a, p. 25)

Esta força que, como resistência, se opunha a que a recordação chegasse à consciência deveria ser, conclui Freud, a mesma força que outrora havia expulsado o material patogênico da consciência, sendo o motivo de tal expulsão a natureza aflitiva, alarmante, penosa e vergonhosa do material esquecido em relação aos padrões da personalidade do indivíduo (Freud, 1910a, 1925d). Freud estava chegando à teoria que, como ele comenta,

tornou-se o ' pilar fundamental' de sua compreensão das neuroses: “Bastou traduzir em palavras o que eu próprio havia observado para estar de posse da teoria da repressão” (Freud, 1925d, p. 28).

A teoria da repressão tornou-se o pilar fundamental para a compreensão das neuroses. A tarefa terapêutica teve, então, que ser concebida de outro modo. Seu objetivo não era mais a 'ab-reação' de um afeto encaminhado por vias falsas, mas a revelação das repressões e do alívio produzido por operações de julgamento que podiam resultar na aceitação ou na condenação do que fora rechaçado naquele momento. Reconheci esta nova etapa do processo não denominando mais meu método de pesquisa e tratamento de catarse, mas de psicanálise. (Freud, 1925d, p. 29)

Esse desenvolvimento implicou, portanto, em uma mudança radical de seu método de tratamento que, a partir de então, pode ser denominado de método de tratamento psicanalítico.

1.1.2.Fundamentos teóricos do método de tratamento psicanalítico de Freud

A teoria da repressão, tal como passou a ser compreendida enquanto pilar fundamental da compreensão das neuroses, é apresentada no livro marco da psicanálise “A Interpretação dos Sonhos” (Freud, 1900a). Neste, Freud defende a tese de que os sonhos são sempre expressão de desejos reprimidos que, sendo inconciliáveis com os padrões morais do indivíduo como um todo, têm vetados o acesso direto à consciência. Tais desejos podem chegar à consciência por meio do processo de elaboração onírica, um conjunto de condensações e deslocamentos que visam criar um material que, ao mesmo tempo, diga respeito aos desejos inconscientes, mas que se apresente de uma

maneira mais aceitável à consciência. O que a elaboração onírica propriamente cria é o que se denomina conteúdo manifesto do sonho, que se distingue, embora também funcione como alusão, dos pensamentos latentes, que permanecem inconscientes. A partir do conteúdo manifesto, pelo trabalho da interpretação, poder-se-ia então acessar os pensamentos latentes, os desejos inconscientes que estão engajados na formação dos sonhos.

Freud estava, pois, traçando uma correlação entre os sonhos e sintomas histéricos. A deformação característica da elaboração onírica, afirmaria o autor, “possui o mesmo processo de que tomamos conhecimento quando examinamos a gênese dos sintomas histéricos; confirma o fato de que o mesmo jogo de forças psíquicas está envolvido na formação dos sonhos e na dos sintomas” (Freud, 1910a, p. 30). Os sintomas passam então a ser compreendidos como conciliações entre dois tipos de exigências, as derivadas do impulso reprimido e as derivadas de uma força censora do ego.

A partir da análise de sonhos, o que incluiu também sua autoanálise, além da análise de pacientes histéricos, Freud viria então a afirmar a natureza sexual e a origem muito remota de todos os desejos a quem eram vetados o acesso à consciência. “Confrontamo-nos”, afirmou o autor, “com o fato da *sexualidade infantil*” (Freud, 1925d, p. 32), tema que foi amplamente desenvolvido em “Três ensaios sobre a teoria sexualidade” (Freud, 1905d), aquele que, como comenta Gay (1990), pode ser considerado o livro complementar de “A Interpretação dos Sonhos”. Aí já estavam lançados todos os temas que Freud considerou como “os fundamentos de sua teoria”, a saber: “o pressuposto de que existem processos psíquicos inconscientes, o reconhecimento da teoria da resistência e da repressão, a apreciação da importância da sexualidade e do Complexo de Édipo” (Freud, 1923a, p. 243).

A partir dos “Três Ensaio”, Freud foi construindo uma teoria do desenvolvimento sexual ou da libido⁹, que funcionaria como uma teoria geral,

⁹ É importante notar que Freud constrói sua teoria, por um lado, a partir da observação clínica, ou seja, baseada em dados empíricos e, por outro, por meio de construções especulativas que visam preencher certas lacunas teóricas que não encontram representantes na realidade observável. Neste sentido, Freud reconhece, a partir da observação clínica, a importância da sexualidade para o desenvolvimento psico-afetivo humano, mas essa teoria é acompanhada de conceitos tais como libido, que se refere a um *quantum* de afeto, a uma energia psíquica

um pano de fundo sobre o qual todos os fenômenos deveriam ser compreendidos. Nota-se que, ao relacionar os sintomas histéricos com a produção dos sonhos, sendo ambos decorrentes de conflitos de natureza sexual, Freud estava postulando os princípios de um funcionamento mental geral, não mais relacionados somente aos fenômenos psicopatológicos. Os sonhos, juntamente com os lapsos¹⁰ e os chistes¹¹, ocorrências da vida comum, vinham corroborar a tese de que o funcionamento mental é regido pelas vicissitudes da vida sexual. Neste contexto, os sintomas neuróticos caracterizar-se-iam como complicações da administração da vida sexual.

A função sexual estaria, segundo Freud, presente desde o início da vida de um indivíduo, primeiramente em um estado denominado de autoerotismo, no qual a satisfação é obtida por meio do próprio corpo. De certas partes do corpo particularmente excitáveis, as chamadas zonas erógenas, partem impulsos sexuais que buscam satisfação direta, de forma não centralizada. Gradativamente passam a surgir pequenas sínteses que caminham para a busca de satisfação por meio de um objeto, inicialmente sob o domínio dos componentes orais, passando pela fase anal-sádica e convergindo para o primado das zonas genitais. A partir de então a função sexual começa a servir aos fins de reprodução e aos interesses da espécie. O indivíduo passa ainda por um período de latência, no qual o desenvolvimento sexual é temporariamente interrompido para ser então retomado e estabelecido na puberdade (Freud, 1905d, 1910a, 1923a, 1940a).

relacionada a determinados conteúdos e ideias inconscientes, que, de fato, não encontra referência na realidade empírica. Outros conceitos tais como a noção de pulsão (representante psíquico da vida instintual) ou a noção de um aparelho psíquico dividido em instâncias (id, ego, superego) encontram-se também entre as formulações metapsicológicas de Freud, que são, em última instância, de ordem especulativa. O exame detalhado dessa questão em Freud encontra-se em Fulgencio (2008b), que mostra como esse modo de teorizar estava de acordo com certos princípios científicos correntes na época. No decorrer deste texto, procuraremos apontar, em linhas gerais, as passagens entre uma explicação ou teorização baseada em dados empíricos para aquelas de caráter especulativo. Essa explicitação faz-se importante neste contexto, especialmente, para efeito de contraste com o modo de teorização presente na obra de Winnicott – que trataremos mais adiante neste trabalho – que, *grosso modo*, recusa teorizações do tipo metapsicológica. A este respeito cf. Fulgencio (2006).

¹⁰ Cf. Freud (1901b)

¹¹ Cf. Freud (1905c)

Na convergência da sexualidade para a genitalidade, ocorre então a primeira escolha objetal, à época em que a criança conta de 3 a 5 anos aproximadamente. Essa escolha, que representa um desenvolvimento importante da vida mental, envolve os pais da criança, e, em especial um deles como objeto de seus desejos eróticos, sendo guardado ao outro uma relação de rivalidade. Trata-se, pois, do Complexo de Édipo, que foi qualificado por Freud como o “complexo nuclear das neuroses” (Cf. Freud, 1910a, p. 43). Na normalidade, o Édipo está destinado a sofrer repressão e a ser dominado pelo indivíduo, guardando apenas traços comuns que determinarão as escolhas amorosas futuras. Na neurose, por outro lado, o indivíduo nele permanece preso e envolvido, de modo que todos os conflitos e formações de sintomas são compreendidos a luz do cenário do Complexo de Édipo (Freud, 1923a, 1925d).

A tese que fundamenta esse caminho do desenvolvimento da sexualidade – que se inicia nos “Três Ensaio” e é apresentada mais detalhadamente em “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico” (Freud, 1911b)– é a da dominância do princípio do prazer na vida mental. Do ponto de vista metapsicológico, Freud concebe que a finalidade primeira do aparelho psíquico é a busca do prazer, que é obtida a partir da descarga das excitações advindas das pulsões sexuais. Estas são, por sua vez, contrabalançadas por pelas pulsões de autopreservação do ego, que levam em conta os perigos, por assim dizer, da busca direta pela satisfação. Do ponto de vista descritivo, isto corresponde ao fato de que a atividade sexual autoerótica inicial está plenamente governada pelo princípio do prazer e a passagem para a satisfação pela busca de objetos estabelece certas complexidades que impediriam a descarga direta. Tomando a situação edípica, a qual Freud estabelece como modelo, pode-se compreender que a satisfação direta, ou seja, a realização sexual com um dos progenitores, implicaria em prazer por um lado, mas, também em desprazer, uma vez que a ela corresponde a uma censura, uma proibição, representada pela figura do pai rival, além do fato de que a criança – neste caso, referimo-nos à situação edípica ocorrendo em um menino – também ama o pai e vê-se, por isto, ambivalente, em uma situação conflituosa.

Desse modo, o curso normal do desenvolvimento da sexualidade exigiria o reconhecimento da impossibilidade de viver sob o princípio de prazer, suprimindo, via repressão, as pulsões sexuais e dando-lhes outro destino, uma vez que, sua realização direta, em última instância, geraria desprazer. A passagem para o chamado princípio de realidade, subsidiado pelas pulsões de autopreservação, exigiria o adiamento da satisfação levando-se em conta o arranjo e funcionamento dos objetos externos. O que ocorre na neurose é que, por alguma razão, os impulsos sexuais reprimidos forçam seu retorno, não aderem completamente ao princípio de realidade, exigindo do psiquismo novos arranjos para dar conta desta exigência cuja expressão é o sintoma (Freud, 1911b).

A luz dessa teorização, que parte da observação clínica dos fenômenos da transferência e da resistência, Freud oferece um modelo de compreensão – inicialmente da histeria, mas que se estende a outras patologias, as chamadas neuroses de transferência que, além da histeria, incluem também as fobias e as neuroses obsessivas – que subsidia um novo método de tratamento, de maior alcance que o antigo método catártico. Vale notar que, embora o desenvolvimento teórico posterior da psicanálise freudiana tenha pretendido estender-se a distintos campos do conhecimento, entre eles a Filosofia, a Sociologia e a arte, a psicanálise, Freud afirma, “originou-se como método de tratamento, chegou a ser muito mais que isto, mas não abandonou este chão, (...) seu aprofundamento e desenvolvimento continua dependendo do tratamento dos enfermos.” (Freud, 1933a, p. 140). Em “O interesse científico da psicanálise” (Freud, 1913j), em que discorre sobre distintos campos para os quais a psicanálise pode contribuir, Freud inicia o texto com uma afirmação clara sobre o propósito de sua ciência: “a psicanálise é um procedimento médico que visa à cura de certas formas de doenças nervosas (neuroses) por meio de uma técnica psicológica”(Freud, 1913j, p. 169), caracterizando-a, pois, como um modo de formular e resolver um problema específico, as neuroses de transferência.

1.2.O desenvolvimento método de tratamento freudiano

Conhecendo a dinâmica da repressão e seu papel fundamental na etiologia das neuroses, Freud estava então em condições de estabelecer os princípios de seu método de tratamento, pautado agora na regra fundamental de associação livre. Consistia em observar ao paciente desde o início do tratamento, que comunicasse tudo o que lhe ocorresse, sem críticas ou omissões. As associações produzidas pelo paciente, segundo Freud, nada mais eram do que derivados remotos e distorcidos do reprimido que, por isto mesmo, poderiam passar pela censura do consciente, da mesma forma como ocorre nos sonhos. Assim, a partir do material fornecido pelo paciente, seria possível reconstituir uma tradução consciente do complexo reprimido, ou seja, interpretá-lo (Freud, 1915d).

Este processo, entretanto, exige do analista uma série de observações técnicas e de compreensão dos fenômenos envolvidos na relação analítica. Para tornar claros os meandros de seu método de tratamento e para se precaver daquilo que chamou de “psicanálise selvagem”¹², ou seja, do uso excessivo e fora de contexto do instrumento interpretativo, Freud escreve, entre 1911 e 1915, uma série de artigos sobre técnica, nos quais esclarece a necessidade do estabelecimento de um *setting* clínico, o lugar da resistência e da transferência no tratamento, bem como o uso e a função da interpretação.

Para que o trabalho analítico possa se estabelecer como tal, é preciso, inicialmente, a constituição de um *setting* apropriado, o que implica não só em um lugar adequado, a sala de atendimento, bem como certas regras contratuais que dizem respeito ao número e duração das sessões e aos honorários dispensados ao analista.

No que diz respeito ao espaço onde se realizam os atendimentos, Freud trabalhou inicialmente em sua casa, mantendo, porém, uma separação entre suas atividades de trabalho e a vida privada. Somente mais tarde, Freud abriria seu consultório separado de sua casa. A aparência de seu consultório, como

¹² Cf. Freud (1910j)

se sabe, sempre foi muito distinta do que se espera de um consultório médico. Nele, Freud dispunha diversos objetos de gosto pessoal e mantinha, para fins de atendimento, uma poltrona que se situava logo atrás de um divã, onde o paciente deveria deitar-se (Stroeken, 1987). Tal disposição da mobília e, em especial, a utilização do divã, Freud (1913a) esclarece ser remanescente da técnica hipnótica, que ele manteve por distintas razões: algumas de ordem pessoal, como o fato de não suportar ser encarado fixamente ao longo de muitas horas por dia e, outras que dizem respeito à técnica propriamente dita. O paciente, encarando as expressões do analista enquanto escuta, poderia vir a ser influenciado por estas e, com isto, mudar o curso de suas associações, ou seja, a disposição do ambiente visava, em última instância, o favorecimento da livre associação, que era, para Freud, também facilitada pela posição deitada proporcionada pelo divã.

No que diz respeito às regras contratuais, Freud trabalhava, de modo geral, com sessões diárias, fazendo exceção apenas aos domingos e feriados, com duração de uma hora, sendo que a cada uma das sessões correspondia um valor previamente estipulado. Os honorários deveriam ser pagos com uma periodicidade pré-estabelecida não muito longa e ao paciente, caberia pagar, mesmo que, por alguma razão, faltasse a sessão (Freud, 1913a).

Ao longo do tempo, o modelo de atendimento de seis sessões semanais com duração de uma hora sofreu algumas pequenas alterações. Freud, já no final de sua vida, passou a atender cinco vezes por semana por não sentir-se apto a manter o mesmo ritmo de trabalho. Outras alterações derivaram do desenvolvimento da psicanálise em outros países, que seguiram suas próprias particularidades (Stroeken, 1987). Mas, de modo geral, para Freud, com exceções apenas para casos leves ou tratamentos já avançados, era extremamente importante não trabalhar com interrupções, pois “no trabalho pouco frequente há o perigo de não acompanharmos o ritmo das vivências reais do paciente, de a terapia perder o contato com o presente e enveredar por caminhos secundários” (Freud, 1913a, p. 170). A observância rigorosa das regras que dizem respeito ao *setting* analítico era também, em última instância, uma forma de contornar as resistências que certamente apareceriam em algum momento do tratamento, “evitando a experiência penosa e desconcertante de

sempre ver surgir uma pausa de que não temos culpa, quando o trabalho prometia se tornar particularmente importante e rico em conteúdo” (Freud, 1913a, p. 169).

Segundo Freud, desde o início do tratamento, estão em jogo forças opostas. Por um lado, o paciente busca o tratamento e contribui com a regra fundamental por um desejo de cura e alívio de seu sofrimento. Por outro lado, pode-se observar ao longo do tratamento, uma força que contribui para a manutenção do estado original da doença, a resistência (Freud, 1913a). Esse fenômeno é explicado, do ponto de vista metapsicológico, a partir da noção de regressão da energia psíquica sexual, a libido. O processo de regressão da libido ocorre justamente porque, em algum momento do desenvolvimento sexual, o mundo exterior foi sentido como frustrante, não passível de satisfação, estabelecendo um conflito interno que resulta no apego aos moldes da sexualidade infantil. Assim, todo adoecimento implica em uma diminuição da porção dessa energia voltada para a realidade, na medida em que parte dela fica vinculada aos complexos infantis que permanecem inconscientes por serem incompatíveis com os princípios da consciência que levam em conta a realidade (Freud, 1912b). O reconhecimento desse quadro implica em observar a abrangência do fenômeno da resistência no tratamento analítico:

A resistência acompanha o tratamento passo a passo; cada pensamento, cada ato do analisando precisa levar em conta a resistência, representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as aqui descritas, que a ela se opõem. (Freud, 1912b, p. 139)

Os efeitos da resistência e da luta interna que está sendo travada fazem-se, então, também presentes na relação com o analista. A transferência, afirma Freud, “sempre nos aparece, de imediato, apenas como a mais poderosa arma da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência” (Freud, 1912b, p. 141). Essa força que atua no sentido da manutenção do reprimido, impedindo a

recordação, esforça-se por atualizar o despertar dos impulsos reprimidos na relação com o analista, esforça-se, nas palavras do autor, por “dar corpo a suas paixões, sem considerar a situação real” (Freud, 1912b, p. 146).

A atualização do conflito interno e, mais especificamente, da parte dele que se mantém inconsciente, segundo Freud, ocorre por uma impossibilidade de acessar a recordação, de modo que o paciente o repete, tornando-o contemporâneo e real, na relação analítica e também em outros âmbitos de sua vida (Freud, 1914g). Esse fenômeno, a que Freud chamou de ‘compulsão à repetição’ implica na substituição do impulso a recordar pela repetição: “o analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua. Ele não o reproduz como lembrança, mas como ato, ele o repete, naturalmente sem saber o que faz” (Freud, 1914g, pp. 199-200).

A parte que interessa ao tratamento é, naturalmente, a expressão dessa compulsão à repetição no âmbito dos fenômenos da transferência, processo por meio do qual ocorre uma substituição da neurose comum por uma neurose de transferência. Essa condição assume, diz Freud, “todas as características da doença, mas representa uma enfermidade artificial, em toda parte acessível à nossa interferência” (Freud, 1914g, p. 206). É somente a partir do estabelecimento da transferência e de sua expressão enquanto resistência que o analista estará em condições de iniciar o trabalho de interpretação, de revelar o sentido oculto de seus pensamentos e atitudes. Isto por que, por um lado, o analista encontra-se de posse dos principais elementos envolvidos na patologia e, por outro, o paciente, experienciando-os na transferência, encontra-se mais perto de poder admiti-los. Somente nessa condição a interpretação pode tornar-se acessível ao paciente: “é necessário ter cautela, a fim de não comunicar uma solução de sintoma ou uma tradução de desejo antes que o paciente esteja bem próximo dela, de modo que baste um pequeno passo para ele mesmo se apoderar da solução” (Freud, 1913a, p. 188)

Assim, até que se possa chegar à parte interpretativa do trabalho, é preciso dar tempo ao paciente, restando ao analista “ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado” (Freud, 1912a, p. 159). Atitudes por parte do médico que denotem alguma relação de intimidade constituem, para Freud, um perigo terapêutico, na

medida em que pode conceder satisfações substitutivas parciais que, por amenizarem as necessidades e anseios do paciente, acabem por diminuir as forças que impulsionam o trabalho e a mudança. Esse é, pois, o sentido da afirmação de Freud de que “a terapia tem de ser conduzida na abstinência” (Freud, 1915a, p. 218). Desse modo, o analista deve proceder de modo a permitir o desenvolvimento da transferência, até que essa apareça nitidamente como resistência, para utilizá-la apenas para o fim de interpretação, seja visando à própria resistência, seja visando algum conteúdo específico.

O trabalho da interpretação é compreendido por Freud como o propósito maior do tratamento, por meio do qual se pode chegar à cura das neuroses. Interpretar significa, pois, “conduzir à consciência o material psíquico patogênico e assim dar fim aos padecimentos ocasionados pela produção de sintomas de substituição” (Freud, 1910a, p. 34). Poder-se-ia perguntar por que trazer à consciência o material patogênico reprimido possui tais efeitos curativos. A resposta de Freud é clara: sob repressão, o impulso possui muito mais força, do que quando em estado consciente, “o desejo inconsciente é insuscetível à influência e independente de qualquer aspiração contrária, ao passo que o consciente é inibido por tudo quanto, igualmente consciente, lhe opuser” (Freud, 1910a, p. 49). Sob influência da consciência, “a repressão é substituída pelo *juízo de condenação* com recursos superiores” (Freud, 1910a, p. 49). Isto significa dizer que, para Freud, enquanto a produção dos sintomas tem na ação inconsciente sua etiologia, o processo de cura está amarrado significativamente à ação consciente, dependendo, portanto, da capacidade do indivíduo de uma ação mental do tipo superior.

Outro modo de compreender os efeitos curativos do trabalho interpretativo diz respeito ao fato de que, à época da formação do sintoma, o indivíduo não se achava organizado o suficiente para lidar com os conflitos então surgidos, sendo-lhe o único destino possível a repressão. Trata-se de impressões e acontecimentos da mais remota infância que, ao se tornarem acessíveis por meio da análise, agora em uma nova condição de maturidade, podem ser perfeitamente dominados e conduzidos a outro destino. Por essa razão, Freud afirma que é possível definir o tratamento psicanalítico como uma “simples reeducação para superar resíduos infantis” (Freud, 1910a, p. 44).

Em termos metapsicológicos, isto significa que a cota da libido que ficara retida nos complexos infantis inconscientes torna-se, pelo trabalho da análise, acessível à consciência e, por isto, útil à realidade (Freud, 1914g). A ela, agora, são possíveis novos destinos, como por exemplo, a substituição de suas tendências iniciais por alvos mais elevados, a chamada sublimação do desejo ou, a consideração consciente da possibilidade de fazer juízo aos desejos reprimidos e buscar a satisfação corresponde na vida ou ainda, o reconhecimento por meio das funções mentais superiores da necessidade de manter a repulsa, porém agora de um modo onde o controle consciente do desejo é atingido (Freud, 1910a).

Chega-se assim aos objetivos do método de tratamento psicanalítico de Freud, que consiste em uma segunda conciliação entre as motivações opostas que atuam no psiquismo, já que a primeira resultou na produção do sintoma. Trata-se de encontrar “uma solução melhor do que a que encontrou a repressão. Há várias dessas soluções adequadas que levam conflito e neurose a uma resolução feliz, as quais, em determinados casos, podem combinar-se entre si” (Freud, 1910a, p. 24). O resultado, que implica na noção freudiana de saúde, diz respeito, do ponto de vista descritivo, a aquisição de “um nível suficiente de capacidade para aproveitar a vida e de produzir”, o que, metapsicologicamente, é referido “aos montantes de energia que permanecem livres ou ligados pela repressão” (Freud, 1916-17, p. 457)¹³.

¹³ A metapsicologia assume uma importância tão significativa na teorização de Freud, que ele chega à seguinte afirmação: “a saúde só pode ser descrita em termos metapsicológicos, por referência às proporções de forças entre as instâncias do aparelho psíquico que foram por nós identificadas, ou, se se preferir, inferidas, conjecturadas” (Freud, 1937c, p. 228).

1.3.Limites da aplicabilidade do método: novos problemas no horizonte psicanalítico

À época de seus artigos sobre técnica, Freud já havia afirmado a inaplicabilidade de seu método psicanalítico aos casos de psicose (Freud, 1913a, 1913j). Obviamente, as psicoses não eram um novo problema no âmbito geral da medicina, mas passaria a ser considerada como problema no espectro teórico da psicanálise, que até então se dedicara exclusivamente às neuroses.

Em 1914, Freud publica o artigo “Introdução ao narcisismo”, o qual inicia apresentando a hipótese de um narcisismo primário, preocupação motivada, segundo ele, pela tentativa de incluir em sua teoria da libido as patologias conhecidas como demência precoce ou esquizofrenia que, por exibirem um estado de retirada radical de seu interesse pelo mundo externo, “tornam-se inacessíveis à psicanálise, tornam-se incuráveis por nossos esforços” (Freud, 1914c, p. 72).

Nas psicoses ocorreria, então, a retirada da libido dos objetos para o ego, um estado conhecido como narcisismo, mas que, para se efetuar como tal, só seria possível a partir de uma sobreposição a um estado de narcisismo primário. Freud proporia então uma reformulação da teoria da libido, compreendendo o ego como seu grande reservatório inicial, a partir do qual a libido poderia ligar-se a objetos e também retornar a seu lugar de origem (Freud, 1914c). Criava-se assim uma antítese entre libido do ego e libido objetual e a hipótese de um narcisismo primário e um secundário, distinções que, conforme ele comenta, não poderiam ter sido tornadas claras a partir do estudo das neuroses:

Essa parte da localização da libido não podia senão ocultar-se no início de nossa pesquisa, dado que o ponto de partida foram os sintomas neuróticos. As emanações dessa libido, os investimentos objetuais, que podem ser emitidos e retirados

novamente, foram o que unicamente pudemos observar.
(Freud, 1914c, p. 73)

Ocorre que, nas neuroses, a libido que é liberada pela frustração, permanece ligada a objetos na fantasia (introversão da libido), podendo ser religada a objetos reais em circunstâncias particularmente favoráveis, como é o caso do estabelecimento da neurose de transferência. Nas psicoses, entretanto, a libido é retirada dos objetos e se aloca no próprio ego, de modo que “os investimentos objetais são abandonados e se reproduz uma primitiva condição de narcisismo, ausente de objeto” (Freud, 1915e, p. 194), resultando em um repúdio ao mundo externo e no hiper investimento do próprio ego, onde a consequência é a incapacidade para o estabelecimento de transferência e, portanto, a inacessibilidade aos esforços terapêuticos.

Freud viria observar que aquilo que aparece explicitamente na fala de um esquizofrênico, em um nível consciente, só poderia ser revelado nas neuroses via interpretação do inconsciente, o que significa dizer que o discurso e o processo de pensamento na esquizofrenia estão sujeitos ao narcisismo primário, tal qual os pensamentos oníricos latentes:

passam por uma condensação, e por meio de deslocamento transferem integralmente seus investimentos de uns para os outros. O processo pode avançar até o ponto em que uma única palavra, adequada para isto por suas múltiplas referências, assuma a representação de todo um encadeamento de pensamento. (Freud, 1915e, p. 196)

É justamente essa condição que denota a estranheza do discurso esquizofrênico. Para melhor explicitá-lo, Freud faz a seguinte distinção: nos processos inconscientes, as representações psíquicas se dão exclusivamente por imagem, as chamadas representações de coisa, enquanto que nos processos conscientes, tais representações se conectam a outras

representações por meio de palavras. Aquilo que caracteriza a capacidade de determinado conteúdo inconsciente tornar-se acessível à consciência é justamente sua possibilidade de ligar-se a palavras¹⁴. Enquanto que nas neuroses, a repressão incide sobre a representação por meio de palavras, mantendo a representação de coisa em um nível inconsciente, sendo capaz de ligar-se novamente em determinadas circunstâncias; nas psicoses, a repressão incide em um nível mais primitivo, qual seja, na própria representação de coisa, dado que houve uma supressão da relação eu - objeto (Freud, 1915e, 1923b). Desse modo, ocorre um hiper investimento das palavras, mas sem que estas digam respeito às representações de coisa, de modo que a palavra não encontra seu referente na realidade psíquica ou do mundo. Por essa razão, Freud afirma, que nas psicoses,

o que dita a substituição é a semelhança da expressão linguística e não a paridade da coisa designada. Onde as duas – palavras e coisas – não coincidem mais, a formação de substitutos na esquizofrenia diverge do que ocorre nas neuroses de transferência. (Freud, 1915e, p. 197)

Na medida em que o método de tratamento freudiano funda-se na capacidade de associação, ou seja, de verbalização de tudo que ocorre a mente, a partir do que se espera, como alusão, chegar aos conteúdos reprimidos que podem então ser interpretados, a fala do psicótico, desconectada das representações de coisa, torna-se indiferente ao método baseado na interpretação. Tal procedimento, portanto, só acessa aqueles que possuem a capacidade para manter relações objetais.

¹⁴ A representação por meio de palavras diz respeito à capacidade fazer uso de conceitos, ou seja, uma condição onde a palavra se refere a um conjunto de coisas que possuem semelhança., Diz respeito, portanto, à capacidade de simbolizar, que permite, por assim dizer, um relacionamento mais amplo com o mundo. Por outro lado, a representação por imagem refere-se unicamente a coisa em si e denota um modo primitivo do funcionamento psíquico.

Em geral, um homem só é acessível, também a partir do aspecto intelectual, somente na medida em que seja capaz de investir libidinalmente objetos; e temos boas razões para reconhecer e temer no montante de seu narcisismo uma barreira contra a possibilidade de influenciá-lo, mesmo mediante a melhor técnica analítica. (Freud, 1916-17, p. 446)

O problema da capacidade de representar verbalmente que distingue os processos conscientes daqueles inconscientes, também se apresenta como limitação, para Freud, no que diz respeito à análise de crianças. A condição da criança de não possuir plenamente desenvolvida a capacidade de verbalização, coloca em dúvida a própria distinção entre consciente e inconsciente, sobre a qual se apóia o método de tratamento freudiano.

Na criança, essa distinção não nos leva muito longe. Com frequência é embaraçoso dizer o que deveríamos qualificar de consciente e de inconsciente. Processos que se tornam dominantes, e que segundo seu comportamento posterior teriam de ser equiparados aos conscientes, não chegaram a se tornar conscientes na criança, porém. Pode-se facilmente compreender por que; na criança, o consciente ainda não ganhou todas as suas características; ainda está em desenvolvimento e não possui totalmente a capacidade de converter-se em representações verbais. (Freud, 1918b, p. 139)

Vale notar que, via de regra, Freud chegou aos complexos infantis a partir da análise de adultos neuróticos, de onde se deriva todo o desenvolvimento de seu método de tratamento. O único relato de caso de uma análise de criança em toda sua obra é do “Pequeno Hans” (Freud, 1909b) que, na verdade, fora analisado, de maneira controversa, por seu próprio pai. Por essa razão,

comenta Gay (1990), que esse caso serviu a Freud muito mais como forma de corroborar suas teses a respeito dos complexos infantis a que ele havia chegado por meio da análise de adultos, do que propriamente como forma de avançar na formulação de um método de tratamento para crianças. Na descrição desse caso, Freud praticamente não discorre sobre a técnica, uma vez que “o “Pequeno Hans”, pela sua própria natureza, por maiores que pudessem ser as implicações teóricas, dificilmente seria recomendado, com sua técnica extremamente não ortodoxa, como um modelo exemplar” (Gay, 1990, p. 242).

Novos problemas técnicos viriam também a ser considerados mais tarde a partir do reexame do fenômeno da compulsão à repetição (Freud, 1920g), aquilo que o paciente insiste em colocar em ato sem poder verbalizá-lo.

O doente comporta-se de um modo completamente infantil e assim nos ensina que os traços de memória reprimidos de suas experiências primordiais não permanecem em seu interior em estado ligado, e até certo ponto, são insuscetíveis ao processo secundário. (Freud, 1920g, p. 36)

Freud viria notar que tais experiências primordiais haviam se tornado reprimidas justamente por não obterem descarga nas relações de objeto, fruto, portanto, de uma frustração. Sendo assim, nunca antes haviam obtido prazer, mas, ao contrário, conduziram ao desprazer. A despeito disto, “esta experiência foi em vão, continua a repetir-se apesar de tudo” (Freud, 1920g, p. 21). A partir dessas formulações, Freud passa a considerar um “além do princípio de prazer”, afirmando que as manifestações da compulsão à repetição “apresentam um alto grau de caráter pulsional que, onde se encontram em oposição ao princípio de prazer, tem aparência demoníaca” (Freud, 1920g, p. 35). Isto o levaria ao estabelecimento de sua teoria do segundo dualismo pulsional.

Com base em hipóteses da biologia, Freud concebe uma força primeva, a pulsão de morte, que esforça-se por retornar ao estado inanimado, que é, por sua vez, contrabalançada pela pulsão de vida, que agiria como um complicador deste objetivo primeiro, tendo como consequência a perpetuação, por um período mais longo, da própria existência (Freud, 1920g, 1923b).

Talvez não seja por acaso que, no ano anterior à publicação de “Mais Além do Princípio de Prazer”, Freud tenha dedicado um artigo às questões técnicas onde, embora reafirme seu método baseado na interpretação nos moldes de “Recordar, repetir e elaborar”, também coloque questões que parecem apontar para certos limites desse método e para outras funções que talvez pudessem ser exercidas no trabalho analítico (Freud, 1919a).

Descrevemos nossa tarefa terapêutica com base em dois fatores: tornar consciente o reprimido e pôr a descoberto as resistências (...) Mas devemos deixar o doente a lidar sozinho com as resistências que lhe foram apontadas? Não podemos lhe prestar outro auxílio, senão o que ele experimenta com o estímulo da terapia? Não é natural ajudá-lo também de outra forma, colocando-o na situação psíquica mais favorável para a desejada solução do conflito? Pois o que ele pode alcançar depende igualmente de uma série de circunstâncias externas. Devemos hesitar em interferir nessa constelação externa, modificando-a adequadamente? Penso que uma tal atividade do médico que analisa, é inatacável e inteiramente justificada. (Freud, 1919a, pp. 284-285).

Embora Freud passe a considerar outras formas de cuidado no contexto de uma análise e afirme “que aqui se abre para nós um âmbito novo da técnica analítica, cuja exploração demandará esforço aprofundado, e que resultará em preceitos bem definidos” (Freud, 1919a, p. 285), ele reafirma enfaticamente a necessidade de que o tratamento analítico seja levado em estado de abstinência, o que significa dizer que, na relação com o analista, “o doente

deve conservar bastantes desejos não realizados”, especialmente aquelas satisfações “que ele deseja de modo mais intenso e sobre as quais se manifesta de modo mais premente” (Freud, 1919a, p. 288). Desse modo, pode-se perceber uma tendência a uma certa flexibilidade da técnica, quando Freud afirma, por exemplo, que algumas concessões da regra da abstinência devem ser feitas, sem excessos, “segundo a natureza do caso e a peculiaridade do paciente” (Freud, 1919a, p. 287), que, contudo, não são desenvolvidas ao longo de sua obra com impacto significativo.

Ao contrário disto, Freud tomaria o segundo dualismo pulsional como pressuposto básico de suas formulações posteriores, acentuando a teorização de caráter metapsicológico e apresentando, pois, os limites da utilidade de seu método nesses termos. Em 1923, Freud publica “O ego e o id”, no qual figura uma nova topografia para o aparelho psíquico, que é concebido por meio da divisão em instâncias (id, ego e superego) e no qual estabelece as relações entre a dinâmica do aparelho psíquico e as pulsões de vida e de morte. O exame de tais questões colocaria em questão a própria formação do ego¹⁵.

Neste trabalho, Freud afirma que o ego é um desenvolvimento especial do id – parte do aparelho que comporta os representantes psíquicos da vida instintual (pulsões) – tornada possível pela influência do mundo externo. O ego é então descrito como “uma sedimentação dos investimentos objetivos abandonados que contém a história dessas escolhas de objeto.” (Freud, 1923b, p. 31), pois devido sua capacidade de percepção da realidade, procura

¹⁵ O tema da formação e origem do ego aparece desde “Introdução ao Narcisismo”, talvez o primeiro artigo onde Freud busca teorizar de forma mais sistematizada sobre a questão das psicoses. Neste, ao propor a hipótese de um narcisismo primário, Freud questiona-se sobre o que opera a passagem deste narcisismo primário à ligação da libido aos objetos, recorrendo a uma resposta quantitativa: a libido se liga a objetos quando, no ego, excede certa quantidade. Surge também a questão de compreender qual a relação entre o narcisismo primário e o autoerotismo, postulado como o estado inicial da libido. A este respeito, Freud faz uma afirmação um tanto quanto obscura: “é uma suposição necessária a de que não esteja presente desde o começo no indivíduo uma unidade comparável ao ego; o ego tem de ser desenvolvido. As pulsões autoeróticas, contudo, são iniciais, primordiais; portanto, é necessário que algo seja agregado ao autoerotismo, uma nova ação psíquica, para que o narcisismo se constitua” (Freud, 1914c, p. 74). Aqui, em 1923, Freud volta ao tema da origem do ego, o que, entretanto, nos parece, um tema que permanece pouco esclarecido no todo de sua obra, o que talvez possa explicar porque os estados mais primitivos do psiquismo não chegam a ser, do ponto de vista da terapêutica, incluídos em sua psicanálise.

contrapor tais percepções às tendências do id, atuando como um intermediário, na tentativa de controlá-las.

A função mediadora do ego coloca-o em posição de ter de conciliar exigências distintas: as provindas do id e as provindas do mundo externo¹⁶. O ego se vê, portanto, ameaçado por perigos de diferentes naturezas e, em sua tentativa de administração, pode sofrer alterações que sejam prejudiciais a ponto de serem reconhecidas posteriormente como patologias.

Em primeiro lugar, intensidades pulsionais excessivas podem prejudicar ao ego de maneira semelhante a “estímulos” excessivos do mundo externo. É verdade que não são capazes de aniquilá-lo, mas sim de destruir a organização dinâmica que lhe é característica, de transformar novamente o ego numa parte do id. Em segundo lugar, a experiência pode ter ensinado ao ego que satisfazer uma exigência pulsional, não intolerável em si mesma, envolveria perigos no mundo externo, de maneira que este tipo de exigência pulsional torna-se, ela mesma, um perigo. (Freud, 1940a, p. 201)

Certas alterações sofridas pelo ego na tentativa de administrar a vida pulsional passam então a ser consideradas como limites da aplicabilidade de seu método, uma vez que “nem tudo admite ser reavivado. Muitas alterações parecem definitivas, correspondem a cicatrizes de processos transcorridos” (Freud, 1933a, p. 143), o que resulta num enrijecimento da vida psíquica na incapacidade da vida mental abandonar os antigos rumos.

¹⁶ A representação do ego como mediador entre o id e o mundo externo se aplica até o fim do primeiro período da infância (5 anos aproximadamente), a partir do qual surge um novo agente psíquico, o superego, derivado da passagem pelo Complexo de Édipo. A partir de então uma parte do mundo externo é parcialmente abandonada como objeto e integrada ao mundo interno por identificação. Sendo assim, após esse primeiro período da infância, o ego se vê administrando um novo quadro de agentes psíquicos, mudança que não aprofundaremos aqui, devido ao fato de que nosso foco se dirige aos estágios mais iniciais. Para maior esclarecimento, cf. Freud (Freud, 1940a, pp. 207-209).

Neste mesmo sentido caminham os desenvolvimentos realizados em um de seus últimos artigos dedicados ao tema da técnica: “Análise Terminável e Interminável” (Freud, 1937c). Neste, três fatores são descritos como determinantes do sucesso ou não do tratamento: “a influência dos traumas, a intensidade constitucional das pulsões e as alterações do ego” (Freud, 1937c, p. 227). Destes três fatores, Freud afirma que as patologias cuja etiologia é do tipo traumático se configuram como o campo mais favorável para a análise. “Somente quando um caso é predominantemente traumático, a análise alcançará aquilo que tão magistralmente é capaz de fazer” (Freud, 1937c, p. 223).

Quanto aos dois outros fatores, Freud afirma que a alteração do ego parece ser uma derivação do fator constitucional, ou seja, relativo às intensidades excessivas das pulsões. Embora, afirme também que a alteração do ego possa ter sua própria etiologia, Freud admite que “nossos conhecimentos desses assuntos é ainda insuficiente”, de modo que os limites da técnica são então atribuídos a um fator constitucional, que diz respeito à intensidade das pulsões:

A intensidade constitucional das pulsões e as alterações prejudiciais do ego, adquirida em luta defensiva, no sentido de uma desordem ou de uma restrição, são os fatores desfavoráveis à eficácia da análise e capazes de prolongar sua duração até o interminável. (Freud, 1937c, pp. 223-224)

1.4.A centralidade da interpretação no método de tratamento freudiano: comunicação e sentido no trabalho analítico

Ainda que sua aplicabilidade tenha encontrado limites, a interpretação se configurou como a ferramenta central do método de tratamento freudiano, conforme pode ser reconhecido a partir da obra de diversos autores comentadores. Glover (1955) assevera o uso da interpretação como o procedimento propriamente psicanalítico uma vez que sustenta-se nos pressupostos fundamentais estabelecidos por Freud – a teoria da repressão e do inconsciente e o reconhecimento da sexualidade infantil que culmina no complexo de Édipo. Mezan (2000) comenta que aquilo que pode caracterizar a psicanálise como ciência é entre outras coisas, o fato de que ela possui um método específico, fundamentado na “interpretação do discurso dos pacientes na ‘situação analítica’” (Mezan, 2000, p. 48). Dias (2008) também caracteriza a interpretação como o centro do trabalho psicanalítico freudiano, como sua tarefa por excelência. Concepções parecidas também podem ser encontradas em Loparic (1999) e Fulgencio (2008b). Outros estudos sobre o lugar fundamental do método baseado na interpretação na clínica freudiana podem ser encontrados em Birman & Nicéas (1982), Birman (1991) e Safra (2004).

Uma consulta aos manuais de psicanálise também aponta para o lugar central que a interpretação ocupa na psicanálise freudiana. Laplanche & Pontalis (1982) comentam que ela pode ser considerada como o cerne da psicanálise freudiana, tanto no que diz respeito à doutrina quanto ao trabalho clínico: “poderíamos caracterizar a psicanálise pela interpretação, isto é, pela evidenciação de um sentido latente de um material” (Laplanche & Pontalis, 1982, p. 245). Também Roudinesco & Plon (1998), ao comentarem o problema da ‘psicanálise selvagem’, afirmam: “se a doutrina freudiana teve tanta dificuldade para se proteger dessa paixão, foi porque o mecanismo de interpretação é inerente ao seu sistema de pensamento” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 389).

Freud define sucinta e precisamente os objetivos de seu método de tratamento e a função da interpretação do seguinte modo: “em termos

descritivos: preenchimento das lacunas da recordação; em termos dinâmicos: superação das resistências da repressão” (Freud, 1914g, p. 195).

Esse tipo de formulação explícita, pois, o caráter determinista sobre o qual se sustenta tanto o corpo teórico e o método de tratamento freudiano. A afirmação de um determinismo mental se fazia imprescindível para Freud, dado o ensejo “de estabelecer a Psicologia sobre bases semelhantes às de qualquer outra ciência, como, por exemplo, a Física” (Freud, 1940a, p. 198). Desse modo, todos os sintomas, assim como todos os atos e acontecimentos da vida comum encobririam um sentido latente, sendo estes, compreendidos como lacunas dos processos conscientes. Conforme comenta Loparic (1999):

Freud entende que a existência do ser humano tem um lado físico e um lado psíquico, que os dois lados fazem parte da mesma realidade da natureza e que todos os constituintes dessa realidade são conectados pelas relações temporais e causais contínuas. As lacunas constatadas não desmentem o pressuposto de que a vida humana é regida pelo tempo linear e pelo determinismo causal, pelo contrário, elas são indício de que os elos da boa ordem natural, temporal e causal, foram suprimidos da consciência por fatores dinâmicos. (Loparic, 1999, pp. 339-340)

Tal compreensão orienta, conseqüentemente, o método de tratamento freudiano, que se dirige a encontrar os elos temporais e causais que foram perdidos, por meio da regra fundamental de associação livre, a partir da qual o paciente em análise é orientado a comunicar, sem críticas ou omissões, todos os pensamentos que lhe ocorrem. A associação livre é, nesse contexto, a ferramenta de que dispõe o analista para o acesso aos conteúdos tornados inconscientes que, sendo encontrados, devem ser tornados conscientes mediante a interpretação. Dessa maneira, o efeito curativo da interpretação reside “no restabelecimento da boa ordem e da continuidade temporal e causal nas cadeias psíquicas mediante o preenchimento, na situação específica da

transferência, das lacunas pelos elos conscientes que faltavam.” (Loparic, 1999, p. 340). Isto traz implicações significativas à compreensão do sentido que pode produzir, para o paciente, o trabalho de análise.

Pode-se dizer que, grande parte desse sentido, é então produzido pelo desvelamento do recalçado, de algo que ali sempre esteve, ainda que sempre de forma inconsciente.

Nele [o tratamento psicanalítico] sucede com particular frequência que seja “lembrado” algo que não poderia jamais ser “esquecido”, pois em tempo algum foi percebido, nunca foi consciente e, além disso, parece não fazer nenhuma diferença, para o decurso psicanalítico, se uma dessas conexões era consciente e foi então esquecida, ou se jamais alcançou a consciência. A convicção que o doente adquire no curso da análise independe por completo de uma tal recordação. (Freud, 1914g, p. 198)

Com base nessas concepções, Freud (1937d) retoma alguns pontos sobre a questão da interpretação, em um dos últimos artigos onde escreve sobre a técnica, pensando-a mais em termos de “construções”, do que propriamente em termos da recordação por parte do paciente do sentido oculto de seus sintomas.

O caminho que parte da construção do analista deveria culminar na recordação do analisando, mas nem sempre ele leva tão longe. Com bastante frequência não consegue levar o paciente até a recordação do reprimido. Em vez disso, se a análise é efetuada maneira correta, se alcança uma convicção segura da verdade da construção, que no trabalho terapêutico, tem o mesmo resultado que uma lembrança recuperada. (Freud, 1937d, p. 267)

Assim, pode-se afirmar que não se produz um elemento propriamente novo no trabalho analítico, somente novo, para o paciente, no sentido de que se torna consciente pela primeira vez, permitindo, dessa maneira, uma nova reorganização psíquica¹⁷, mas com os elementos que lá sempre estiveram, ainda que de modo inconsciente. É dessa reorganização psíquica, aí sim nova, que se produz, para o paciente, um novo sentido através do trabalho analítico.

Sendo assim, os conteúdos inconscientes são o principal tema de comunicação entre o paciente e o analista e os parâmetros estabelecidos por Freud para tal comunicação é essencialmente por meio da verbalização. Segundo Loparic (1999), sendo a verbalização um processo mental do tipo superior, tal metodologia supõe “um tipo de relação intersubjetiva, acontecendo entre duas pessoas, inteiras, adultas, com possibilidade de intercâmbio cognitivo e afetivo.” (Loparic, 1999, p. 341).

Este “princípio de verbalizabilidade”, conforme denomina Loparic (1999), que está implícito na regra fundamental de comunicação da psicanálise freudiana repousa, segundo o autor, em um outro princípio, a que ele denomina de “princípio de representabilidade”, a saber, de que o modo de acesso à realidade de que o homem dispõe é exclusivamente via representação. Para Freud (1915e, 1923b), a verbalização opera a passagem de uma representação por imagem (inconsciente) para uma representação por palavra, a partir da qual ganha acesso à consciência, restabelecendo, nesse contexto, a boa ordem psíquica. Esse procedimento, segundo Loparic (1999), está a serviço de um modelo científico adotado por Freud comum em sua época, a partir da qual os fenômenos só podem ser estudados a partir de sua delimitação como objeto natural:

¹⁷ Isto se relaciona com a distinção que Freud (1919a) faz entre análise e síntese. A primeira é a tarefa do analista, a saber, decompor, revelar os elementos que atuam na formação do sintoma, criando condições para que o paciente faça então a síntese, ou seja, uma nova reorganização psíquica. “Se conseguimos decompor um sintoma, liberar um impulso instintual de um nexos, ele não permanece isolado, inserindo-se imediatamente num novo nexos (...) Desse modo a psicossíntese ocorre no analisando sem a nossa interferência, automática e inevitavelmente” (Freud, 1919a, pp. 283-284).

Representados verbalmente, os estados inconscientes, até então imperceptíveis, e por isto inconscientes, poderão ser observados, por assim dizer, 'de fora'. Quando isto acontece, eles podem também ser estudados 'de fora', objetivamente. As verbalizações procuradas pelo analista freudiano formatam o inconsciente como objeto. (Loparic, 1999, p. 348).

Sustentada sobre essas bases, a psicanálise freudiana não pode reconhecer outras formas de comunicação (não verbais) como parte significativa de seu método. Ao contrário, formas de comunicação relativas a experiências vividas na própria relação analítica deveriam ser, ao máximo, evitadas, em função da regra de abstinência¹⁸. Conforme comenta Loparic (1999), tal modelo de tratamento possui um sentido de socialização, porque visa, em última instância, a submissão do desejo à realidade, do prazer à razão e à moral, o que também explicita os princípios da teoria freudiana da cultura.

Cabe ainda lembrar, conforme explicitamos ao longo deste capítulo, que toda teorização freudiana é apoiada por um procedimento auxiliar, a metapsicologia, comum nas ciências naturais da época, que se define por uma estrutura especulativa relativa à criação de modelos dos processos inconscientes por meio de metáforas e analogias de vários tipos. As noções de aparelho psíquico (máquina), pulsões (força), libido (energia), que formam parte da metapsicologia freudiana, explicitam o caráter naturalista e não-

¹⁸ De acordo com a bibliografia pesquisada relativa aos pacientes atendidos por Freud, pode-se dizer que o modo como Freud teoriza, nem sempre corresponde ao modo como ele se comportava com seus pacientes. Há diversos relatos de pacientes que apresentam o modo de ser, vivo e atencioso, de Freud. Um relato do paciente Albert Hirst ilustra o que poderia ser compreendido em termos de comunicação não verbal de modo surpreendente: "ele disse explicitamente [ao entrevistador] que o simples fato de estar falando com Freud tinha mais efeito terapêutico do que qualquer outra coisa que lhe tenha dito. Em outras palavras, o relacionamento, não a essência racionalista das interpretações de Freud, foi o elemento responsável pela cura" (Roazen, 1999, p. 51). É importante ainda notar, sem entrar aqui no mérito da adequabilidade de tais situações, que esta literatura apresenta uma série de comportamentos de Freud absolutamente contraditórios com a regra da abstinência. Sabe-se, por exemplo, que Freud analisou ao mesmo tempo três pacientes com grau de parentesco extremamente próximo e analisou também sua própria filha Anna. Freud convidava pacientes para jantar, chegou a emprestar dinheiro a um de seus pacientes e também mantinha relações com alguns deles extra-*setting*, especialmente aqueles engajados no movimento psicanalítico, expressando, inclusive preferências afetivas em relação a alguns deles. Para aprofundamento do assunto, Cf. Roazen (1999), Blanton (1975) e Stroeken (1987).

experencial sobre o qual se sustenta parte de sua teorização (Fulgencio, 2008b; Loparic, 1999).

Esses aspectos são significativos a ponto de serem marcado aqui, tendo em vista que, mais adiante, pretendemos mostrar como Winnicott constrói as bases teóricas de sua psicanálise, sobre as quais sustentam-se as modificações de seu método de tratamento. Neste contexto, Winnicott salientará outras formas fundamentais de comunicação que não as verbais, bem como a ideia de que aquilo que faz sentido para o paciente é, necessariamente, criado por ele e, na análise de certos casos, criado e experienciado pela primeira vez em sua história.

Capítulo 2. O método de tratamento psicanalítico de Winnicott

2.1. O problema clínico abordado por Winnicott

No capítulo anterior, mostramos que Freud partiu de um determinado problema clínico, a histeria – e, de modo geral, as neuroses – de onde ele derivou toda sua psicanálise. Este problema está intrinsecamente relacionado ao modo freudiano de fazer ciência: é determinado por e, ao mesmo passo, determina certos compromissos teóricos que estabelecem a psicanálise como campo do conhecimento que aborda os problemas de um modo específico, com vistas a suas resoluções. Assim, no quadro estabelecido por Freud, as patologias são pensadas como decorrentes do uso excessivo da repressão, por sua vez, derivadas de conflitos de desejos – via de regra, de ordem sexual e de natureza edípica – que se tornam intoleráveis à consciência. É neste contexto de formulação de problemas que a interpretação se assenta como ferramenta central de seu método de tratamento, a tarefa analítica por excelência. Seu objetivo consiste em trazer à consciência os conteúdos tornados inconscientes (reprimidos), liberando-os para uma nova organização psíquica menos rígida e, por isso, menos dolorosa.

Apontamos também as razões pelas quais esse método não era passível de ser aplicado a determinadas situações clínicas, entre elas, o tratamento de crianças e de pacientes psicóticos, que se constituíram, pois, como problema de investigação para muitos psicanalistas pós-freudianos, entre os quais se encontra D. W. Winnicott. Nesta parte do trabalho, pretende-se apresentar, em linhas gerais, o tipo de problemas de que partiu Winnicott, por intermédio de sua trajetória profissional, assim como, o modo como tais problemas influenciaram reformulações teóricas expressivas e conseqüentemente modificações para método de tratamento psicanalítico, a partir das quais, gradualmente, a noção de manejo vai assumindo importância significativa.

2.1.1. A trajetória profissional de Winnicott

D. W. Winnicott possui a especificidade de ter como formação inicial a pediatria. Foi como pediatra que, por volta de 1920, Winnicott tomou contato com a psicanálise freudiana, o que lhe pareceu um método de grande importância a ser incorporado à clínica pediátrica. A psicanálise lhe possibilitava compreensões acerca de adoecimentos de natureza psíquica, assim como o reconhecimento e a abordagem de distúrbios somáticos, que não encontravam causas orgânicas específicas, a partir de uma perspectiva psicológica (Dias, 2003). Não obstante, o estudo da psicanálise lhe apresentava, já de início, certas limitações no que diz respeito aos estágios mais iniciais do desenvolvimento emocional e aos problemas emocionais deles decorrentes:

Por ser um pediatra com talento para conseguir que as mães me contassem sobre seus filhos e sobre a história precoce dos distúrbios de suas crianças, fiquei logo em posição de ficar impressionado tanto pelo insight que a psicanálise dava das vidas das crianças como por uma certa deficiência na teoria psicanalítica que descreverei oportunamente. Ao mesmo tempo, nos anos 20, tudo tinha o complexo de Édipo em seu âmago. A análise das neuroses conduzia o analista repetitivamente às ansiedades pertencentes à vida instintiva do período dos 4 a 5 anos do relacionamento da criança com seus pais. Dificuldades anteriores que vinham à tona eram tratadas em análise como regressão a pontos de fixação pré-genitais, mas a dinâmica vinha do conflito do complexo de Édipo e início do período de latência. Então, inumeráveis histórias clínicas me mostravam que crianças que se tornavam doentes, seja neuróticas, psicóticas, psicossomáticas ou antissociais, 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. Quando vim a tratar de crianças pela psicanálise pude confirmar a origem das

neuroses no complexo de Édipo, mas mesmo assim sabia que as dificuldades começavam antes. (Winnicott, 1965va, p. 157)

Winnicott teve uma longa experiência clínica como médico assistente no Paddington Green Children's Hospital, onde se manteve por cerca de quarenta anos. Em 1923, ano que inicia suas atividades nesta instituição, Winnicott inicia também sua análise pessoal com James Strachey (Dias, 2003). O aprofundamento de seu envolvimento com a psicanálise resultou no direcionamento de sua prática pediátrica, para uma prática que, conforme ele muitas vezes definiu, pode ser descrita como uma prática de psiquiatria infantil, que se orientava, claramente, pela teoria psicanalítica (Winnicott, 1942b, 1948b, 1961c, 1963g).

Neste contexto, aprofundava-se também sua busca pela compreensão e explicitação da natureza do desenvolvimento emocional primitivo e de problemas que tinham nele sua etiologia. Por sugestão de Strachey, seu então analista, em 1935, Winnicott procura Melanie Klein, que desenvolvia o método psicanalítico com vistas a sua aplicabilidade ao tratamento de crianças. Winnicott permaneceu por cerca de cinco anos sob supervisão de Klein, cuja interrupção deveu-se a divergências teóricas fundamentais que, gradualmente, foram se tornando claras e inconciliáveis (Dias, 2003).

Em um período final de sua aproximação com Klein, em 1939, Winnicott inicia uma nova experiência profissional que contribuiu decisivamente para o fortalecimento de certos pontos de vista que se revelariam originais no campo da psicanálise. Trata-se da experiência dos tempos de guerra, em que Winnicott trabalhou como psiquiatra consultor do Plano de Evacuação de uma determinada região da Inglaterra. Este plano, que ele definiu como uma “história de tragédias” (Winnicott, 1941d, p. 19), consistia na retirada de crianças das grandes cidades, mais vulneráveis aos ataques de guerra, e no alojamento dessas crianças em lares substitutos.

As crianças evacuadas eram então enviadas para lares comuns, que funcionavam temporariamente – durante a guerra – como lares adotivos. Nesse

contexto, logo se apresentou como problema o fato de que algumas crianças encontravam dificuldades de adaptação nos lares substitutos (Winnicott, 1947e-b). Tais dificuldades envolviam problemas relativos ao que Winnicott vinha denominando de tendência antissocial, cuja etiologia era atribuída, nesse período inicial de desenvolvimento teórico, à separação da mãe por um período demasiadamente longo associado à capacidade da criança, maior ou menor, de tolerá-la. Já em 1939, junto com John Bowlby e Emanuel Miller, Winnicott escreve uma carta ao *British Medical Journal*, atentando para dificuldades que poderiam ocorrer em decorrência da separação de crianças de suas mães durante a guerra.

Entre muitas pesquisas realizadas sobre o assunto podemos citar uma investigação recente levada a efeito por um de nós [John Bowlby] na Child Guidance Clinic de Londres. Ela mostrou que um importante fator externo na causação da delinquência persistente é a separação prolongada de uma criança pequena de sua mãe (...) Além da anormalidade flagrante representada pela delinquência crônica, também distúrbios moderados de comportamento, ansiedade e tendência para doença física indefinida podem ser frequentemente atribuídos a tais perturbações do meio ambiente da criança pequena, e a maioria das mães reconhece isso, na medida em que se mostram relutantes em deixar os filhos por mais do que períodos muito curtos. (Winnicott, 1939b, pp. 09-10)

A ampliação desse tipo de compreensão leva ao entendimento de que as perturbações no ambiente, durante a primeira infância, estão na base da etiologia da tendência antissocial, e que isso poderia ocorrer não somente em função da guerra, mas noutros contextos muito menos agudos que, por algum tipo de perturbação, rompesse com a sustentação ambiental da criança. Dessa maneira, o problema das dificuldades de adaptação nos lares adotivos e do surgimento de sintomas que caracterizavam a tendência antissocial foi também

considerado em termos “de problemas correspondentes da experiência em tempos de paz” (Winnicott, 1947e-b, p. 59), ou seja, levando-se em conta a história familiar da criança, anterior ao período da guerra.

De um modo geral, podiam-se distinguir dois grupos de crianças. Por um lado, encontravam-se aquelas crianças que, por terem experiências satisfatórias nos seus lares de origem, podiam desenvolver temporariamente atitude antissocial como forma de testar o novo ambiente, o que significava uma expressão do estado saudável da criança que reivindicava a estabilidade do seu ambiente perdido. Nesses casos, quando o alojamento mostra-se capaz de suportar tais testes, a criança “acalma-se, dá um suspiro de alívio, e adere à vida do grupo como um membro comum” (Winnicott, 1947e-b, p. 79). De outro lado, encontravam-se as crianças que “tinham razões pessoais para não poderem achar que os bons alojamentos fossem bons” (Winnicott, 1947e-b, p. 63). A maior parte dos problemas de adaptação em lares adotivos ocorriam “em crianças provenientes de lares instáveis, ou em crianças que nunca tinham tido em seus próprios lares um exemplo de bom ambiente” (Winnicott, 1947e-b, p. 63). A estas crianças seria então necessário dispensar cuidados específicos mais intensos, segundo Winnicott, elas “precisavam, portanto, menos de substitutos para seus próprios lares do que de *experiências de um lar primário* que fossem satisfatórias” (Winnicott, 1947e-b, p. 63).

Naturalmente, aquilo que Winnicott entende por ‘experiências de um lar primário’ vai muito além de ambiente físico, se referindo a condições ambientais que dão fundamentação ao estabelecimento da própria saúde mental da criança:

Por experiências de lar primário entende-se a experiência de um ambiente adaptado às necessidades especiais da criança, sem o que não podem ser estabelecidos os alicerces da saúde mental. Sem alguém especificamente orientado para as suas necessidades, a criança não pode encontrar uma relação operacional com a realidade externa. Sem alguém que lhe proporcione satisfações instintivas razoáveis, a criança não

pode descobrir seu corpo nem desenvolver uma personalidade integrada. Sem uma pessoa a quem possa amar e odiar, a criança não pode chegar a saber amar e odiar a mesma pessoa e, assim, não pode descobrir seu sentimento de culpa nem seu desejo de restaurar e recuperar. Sem um ambiente humano e físico limitado que ela possa conhecer, a criança não pode descobrir até que ponto suas ideias agressivas não conseguem realmente destruir e, por conseguinte, não pode discernir fantasia de fato. Sem um pai e uma mãe que estejam juntos e assumam juntos a responsabilidade por ela, a criança não pode encontrar e expressar seu impulso para separá-los nem sentir alívio por não conseguir fazê-lo. (Winnicott, 1947e-b, pp. 63-64).

Com esse tipo de formulação, Winnicott vai descrevendo a importância do ambiente real para o desenvolvimento emocional inicial, assim como um tipo de problemática que diz respeito eminentemente a dificuldades em torno da provisão ambiental. Trata-se, pois, de um tipo de desenvolvimento que introduz elementos significativos, acrescentando a todo o campo de descobertas das determinações intrapsíquicas feitas pela psicanálise, a importância das efetivas ações e sustentações ambientais. Em 1967, na fase final de sua obra, escrevendo uma espécie de autobiografia, Winnicott, sem desconsiderar a importância dos avanços obtidos pela psicanálise tradicional na compreensão das dinâmicas internas, afirma sobre a natureza de seu feito:

os psicanalistas foram as únicas pessoas, por cerca de dez ou 15 anos, que sabiam que existia algo que não era meio ambiente. Todos estavam berrando que tudo se devia ao fato do pai de alguém ser bêbado. De maneira que a coisa era como retornar ao meio ambiente sem perder tudo o que fora ganho pelo estudo dos fatores internos” (Winnicott, 1989f, p. 439)

Correlata a sua experiência nos alojamentos em tempos de guerra, Winnicott também vinha desenvolvendo uma intensa atividade clínica com psicóticos, que contribuiria significativamente para o desenvolvimento de sua teoria do desenvolvimento psico-afetivo, bem como de seu método de tratamento.

Interessado primariamente pelos problemas emocionais da criança e do bebê, decidi estudar a questão da psicose na análise. Tive cerca de doze pacientes psicóticos adultos, e metade deles foi analisada de modo bastante extenso. Isto ocorreu durante a guerra, e devo dizer que eu mal percebia os bombardeios, ocupado que estava com a análise de pacientes psicóticos, notória e enlouquecedoramente desatentos a bombas, terremotos e inundações. (Winnicott, 1945d, p. 218)

Em 1945, alguns anos após ter encerrado sua supervisão com Melanie Klein, Winnicott publica o artigo “Desenvolvimento Emocional Primitivo” (Winnicott, 1945d), no qual se encontram, de forma mais sistematizada, suas primeiras contribuições para a compreensão dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional. Neste artigo, Winnicott sugere que, antes que o ser humano possa se perceber enquanto uma pessoa, relacionada a outras pessoas, existe um longo caminho a ser percorrido. Capacidades consideradas dadas no âmbito da psicanálise tradicional, tais como: a possibilidade de se relacionar com o tempo, de possuir um corpo sentido como próprio cujos limites coincidam com os limites da existência psíquica e de relacionar-se com outros aspectos da realidade em termos objetivos são compreendidas por Winnicott como conquistas do desenvolvimento emocional, cujo início teórico é o de uma não integração primária. Nessa perspectiva, Winnicott afirma ainda um dos aspectos centrais de sua compreensão, que ganharão novos desenvolvimentos ao longo de sua obra, a saber, o fato de que os processos integrativos que vão constituindo o desenvolvimento emocional do bebê dependem de cuidados ambientais: “o bebê que não teve uma única pessoa que lhe juntasse os

pedaços começa com desvantagem a sua tarefa de auto-integrar-se, e talvez nunca o consiga, ou talvez não possa manter a integração de maneira confiante” (Winnicott, 1945d, p. 224).

A partir da consideração da dependência inicial do bebê, Winnicott também apresenta suas primeiras concepções sobre a natureza do relacionamento primário com o ambiente, que contribui no sentido da integração. Ele parte da perspectiva de que os processos integrativos são facilitados por dois conjuntos de experiências: “a técnica pela qual alguém mantém uma criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro” (Winnicott, 1945d, p. 224). Os primeiros contatos com o ambiente se realizam pela sobreposição desses dois fenômenos, constituindo um momento de ilusão a partir do qual o bebê vive a experiência de ter criado aquilo que supre suas necessidades.

Embora esse tema seja desenvolvido mais precisamente mais adiante em sua obra¹⁹, como aponta Dias (2003), a partir do artigo “Objetos transicionais e fenômenos transicionais” (Winnicott, 1953c), e da formulação do conceito de objeto subjetivo, no artigo “A integração do ego no desenvolvimento da criança” (Winnicott, 1965n), já nesse momento, a importância do funcionamento do ambiente para o desenvolvimento emocional primitivo é asseverada com radicalidade, de modo que Winnicott chega a afirmar que o bebê, no início, não pode nem mesmo existir sem os cuidados ambientais suficientemente bons (Winnicott, 1945d).

¹⁹ Neste trabalho de 1945, embora Winnicott lance as bases do que viria a ser sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo, o autor ainda trabalha com resquícios de uma perspectiva dual de realidade, interna e externa, o que aparece, por exemplo, a partir de afirmações como a de que o bebê tem “ideias predatórias” na medida em que busca o contato com a mãe e que, na medida em que a mãe o apresenta, o bebê “alucina” o seio. Posteriormente, ele dirá, por exemplo, que “o bebê está preparado para encontrar algo em algum lugar, mas sem saber o que” (Winnicott, 1988, p. 120), e que o bebê “cria” o seio (Winnicott, 1971a), ao invés de aluciná-lo, como fenômeno do mundo interno. Não nos estenderemos nesse tema aqui, uma vez que procuraremos realizar uma apresentação da teoria geral de Winnicott ainda neste capítulo. Neste contexto, nos interessa marcar como Winnicott foi desenvolvendo historicamente uma psicanálise que caracteriza o ambiente como fator decisivo na própria estruturação da personalidade, de modo que, no início, não se pode supor um mundo interno, bem como uma capacidade de se relacionar com objetos externos. Esses aspectos terão impactos de grande porte para sua reformulação do método de tratamento psicanalítico.

Tais concepções, conforme Winnicott explicita já no início desse artigo, são decorrentes de sua prática clínica com psicóticos, a qual decidiu se dedicar pelo interesse em compreender os problemas emocionais infantis mais primitivos e em desenvolver um método de tratamento que se adequasse a tais problemáticas. Tendo ciência de que o método psicanalítico tradicional fundase na análise dos relacionamentos do paciente com outras pessoas, acrescidas das fantasias conscientes e inconscientes que enriquecem ou complicam tais relacionamentos, e, portanto, no tratamento das neuroses, Winnicott afirma:

Muitos casos considerados inadequados para a análise são realmente inadequados, se não soubermos lidar com as dificuldades surgidas na transferência em razão da falta essencial de uma verdadeira relação com a realidade externa. Quando aceitamos analisar psicóticos, descobrimos que em alguns casos essa falta essencial de uma verdadeira relação com o mundo externo é quase a história toda. (Winnicott, 1945d, p. 227)

Para Winnicott, portanto, a psicose é uma problemática que não pode ser compreendida a partir dificuldades relativas a conflitos de relacionamentos, muito menos àqueles em torno do complexo de Édipo. As psicoses são compreendidas como um distúrbio cuja etiologia se relaciona a falhas ambientais nos estágios mais primitivos, de modo que a própria estruturação da personalidade não chega a se constituir ou se constitui muito precariamente.

A partir de tais problemas, Winnicott formularia sua teoria do amadurecimento pessoal, que serviria como pano de fundo para a realização de diagnóstico, bem como, na medida em que coloca a noção de ambiente como central no que diz respeito ao desenvolvimento emocional, tal corpo teórico funcionaria como um orientador da prática clínica, cabendo ao analista desempenhar distintas tarefas concernentes a formas de provisão ambiental adequadas e adaptadas ao tipo de problemática em questão.

2.1.2. Fundamentos teóricos do método de tratamento psicanalítico de Winnicott

A consideração e o reconhecimento dos limites da aplicabilidade do método de tratamento tradicional por Winnicott está baseada, pois, no reconhecimento de um outro limite, este do âmbito propriamente teórico das formulações psicanalíticas correntes na época, para as quais a origem de todos os distúrbios psíquicos são referidas aos processos de repressão decorrentes das manifestações da sexualidade infantil e, em especial, a dificuldades em torno do complexo de Édipo, seja ele vivido em termos de objetos totais ou parciais²⁰. A prática pediátrica, atividade inicial de Winnicott, que já encontrava-se em contato com a teoria psicanalítica, demonstrava que haviam outros motivos pelos quais um ser humano poderia vir a adoecer, anteriores ao advento do conflito edípico como problemática humana. (Winnicott, 1965va). As atividades profissionais a que se dedicou posteriormente, o trabalho com crianças desabrigadas nos tempos de guerra, em especial, aquelas que apresentavam algum tipo de tendência antissocial, bem como a prática propriamente psicanalítica, que incluiu a análise de um grande número de pacientes psicóticos, foram revelando problemáticas que o levaram a, gradativamente, formular, sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo.

Winnicott (1958d, 1988) viria a postular um estado inicial do bebê de não-integração primária, o que significa dizer que “o *self* da criança é apenas potencial” (Winnicott, 1965vf, p. 25). O bebê, no início, não possui qualquer capacidade de reconhecer a si mesmo distinguido de um mundo externo. O desenvolvimento emocional, nesta perspectiva, inclui uma série de processos integrativos, aquisições e conquistas gradativas, que, dependem de cuidados ambientais suficientemente bons (Winnicott, 1945d, 1958n, 1960c, 1965n, 1965vc, 1988). Assim, Winnicott estava introduzindo temas como a dependência inicial do bebê e a natureza da relação mãe-bebê, que nunca foram tomados como problemas propriamente psicanalíticos, pelo menos não

²⁰ Aqui nos referimos mais especificamente aos desenvolvimentos de Klein que, na tentativa de compreender os estágios do desenvolvimento primitivo, propôs a noção de um Édipo precoce, vivido em termos de objetos parciais, operante desde o início precoce do desenvolvimento. (Cf. Klein, 1928)

com a radicalidade que ele viria a encarar. Para Winnicott, “não é possível a um bebê existir sozinho, física ou psicologicamente, e de fato é preciso que uma pessoa específica cuide dele no início.” (Winnicott, 1945d, p. 229). No percurso do desenvolvimento emocional infantil, *grosso modo*, pode-se distinguir três fases, a dependência absoluta, dependência relativa e Rumo à independência, referentes a distintas conquistas no processo de integração pessoal, as quais correspondem distintos modos de cuidar do ambiente (Winnicott, 1960c, 1988).

No período de dependência absoluta, o bebê, que ainda não possui qualquer percepção de si mesmo ou do mundo, precisa integrar funções básicas, entre elas a temporalização e espacialização, relativas à função materna de *holding*, relativa a uma sustentação que se prolonga no tempo. O bebê, no relaxamento próprio ao estado não integrado, apenas sente os efeitos do cuidado materno como uma simples continuidade de ser, que vai constituindo um sentido de previsibilidade e de habitação, embora vividos ainda de um modo totalmente subjetivo. Concomitante com a integração no tempo e no espaço, a partir da função materna de *handling*, relativa ao manuseio e ao aspecto físico do cuidado, o sentido de habitação vai gradualmente se estabelecendo a partir do próprio corpo, fenômeno que Winnicott denominou de personalização, que confere materialidade à existência, reforçando, pois, um sentido de realidade de si mesmo (Winnicott, 1945d, 1958n, 1965r, 1965vd, 1988).

Neste momento, o que propriamente está se estabelecendo é a constituição de um si mesmo primário, que é ainda reforçado pelos primeiros relacionamentos do bebê com o ambiente, viabilizados pela função materna de apresentação dos objetos (*object-presenting*) (Winnicott, 1988). Tratam-se, pois, de relacionamentos que não podem ser referidos propriamente em termos de relações de objeto, uma vez que ainda não há qualquer distinção entre interno e externo. O modelo que Winnicott tem em mente é o da amamentação, em que a mãe reconhece, pelos gestos do bebê, por um choro ou incômodo, sua necessidade e a ela se adapta, apresentando-lhe o seio. Procedendo deste modo, a mãe permite ao bebê uma experiência de ilusão de onipotência, a saber, de que seu gesto cria aquilo de que ele necessita. No estado

indiferenciado próprio a esse estágio, ao criar o objeto, cuja presença é real em função da adaptação materna, o bebê está ao mesmo tempo criando a si mesmo. Por essa razão, Winnicott se refere a este como um relacionamento com objetos subjetivos, o que significa dizer que o bebê se relaciona com um objeto que é ele mesmo, de tal modo que a presença do objeto confere-lhe, a si mesmo, existência e realidade (Winnicott, 1948b, 1953a, 1965n, 1970b, 1971r, 1988).

Winnicott está, com isso, introduzindo também as bases de sua teoria da criatividade, que fundamenta o amadurecer humano. O gesto do bebê é compreendido, neste contexto, como uma ação criativa que dá vida, por assim dizer, a si mesmo e ao mundo. Essa perspectiva, vale notar, marca distinções profundas com o quadro da psicanálise tradicional, para o qual as relações de objeto se estabelecem pela necessidade de busca de prazer e de satisfação instintual. Em Winnicott, por outro lado, o bebê dirige-se ao ambiente em razão de sua criatividade primária que é, conforme ele postula, aperceptiva, ou seja, anterior a qualquer discriminação entre si mesmo e o mundo e, na verdade, condição para que estes elementos comecem a se delinear. Naturalmente, o desconforto de onde parte o gesto, surge de uma tensão instintual, mas uma vez que os instintos ainda não se encontram integrados como parte do si mesmo, a função do gesto não é tanto descarregar a tensão instintiva, senão manter sua continuidade de ser, que é, por definição relacional, sustentada pelo ambiente²¹ (Winnicott, 1958p, 1971g).

Tendo estabelecido as conquistas da mais básica e fundamental tarefa humana, ser, o bebê agora é capaz de esperar certos períodos de tempo, não necessita mais de modo absoluto do ambiente, que, natural e gradualmente vai se desadaptando, caracterizando o estágio de dependência relativa. A gradual separação da mãe cria condições para a constituição de um espaço de experimentação, para o qual contribuem tanto o bebê quanto o ambiente. Trata-se do espaço potencial, lugar dos fenômenos e objetos transicionais, a área do brincar, que, por definição sustenta um paradoxo: nesse lugar os

²¹ Uma discussão mais ampla deste tema, incluindo as implicações para o método de tratamento, encontra-se na seção seguinte.

objetos são ao mesmo tempo criados e encontrados. O objeto que é inicialmente criado pelo bebê, totalmente submetido a sua onipotência inicial, em função de sua presença real e concreta, vai adquirindo um sentido de achado, encontrado, estabelecendo, pois, um primeiro sentido de externalidade (Winnicott, 1953c). Os fenômenos transicionais, nesse sentido, fomentam a própria aquisição de um sentimento de que a realidade lhe diz respeito (Winnicott, 1968i).

Tal aquisição, na saúde, permanece por toda a vida adulta, pois para Winnicott, embora tenhamos que lidar, ao longo da vida, com objetos totalmente externos, independentes da criatividade pessoal, é somente pela manutenção desta que ele chamou de terceira área da experiência, que se pode estabelecer um sentimento de que a vida vale a pena ser vivida (Winnicott, 1967b, 1971q). Neste sentido, em contraste com a formulação psicanalítica tradicional, que trabalha com o duplo enunciado, referido em termos de realidade interna e realidade externa, Winnicott afirma:

Minha reivindicação é a de que se existe necessidade desse enunciado duplo, há também de um triplo: a terceira parte da vida de um ser humano, parte que não podemos ignorar, constitui uma área intermediária de experimentação, para qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa. Trata-se de uma área que não é disputada, porque nenhuma reivindicação é feita em seu nome, exceto que ela exista como lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas. (Winnicott, 1953c, p. 15)

A passagem que torna possível que o objeto seja reconhecido de modo totalmente objetivo diz respeito à capacidade do bebê de usar objetos, o que se dá pela destruição do objeto, mais especificamente pela destruição do aspecto subjetivo do objeto, acompanhada da função ambiental de sobrevivência.

Sobrevivendo apesar dos impulsos destrutivos do bebê, o objeto passa a ter existência independente, constituindo-se propriamente com um objeto externo (Winnicott, 1969i). Desse modo, o bebê estará também em condições de reconhecer-se como um eu, separado do mundo. Estabelece-se, pois, um mundo interno, a capacidade para fantasiar e para estabelecer relações de objeto que vão se tornando cada vez mais complexas. Trata-se do estágio chamado de Rumo à Independência que compreende todas as tarefas integrativas decorrentes e posteriores a aquisição de uma identidade unitária. O indivíduo estará em condições de gradativamente reunir amor e ódio em um mesmo objeto e, portanto, tornar-se ambivalente e capaz de preocupar-se com o objeto (Winnicott, 1955c, 1963b). Mais adiante, poderá reconhecer um terceiro e estabelecer relações nos moldes do conflito edípico descritos por Freud, seguidos dos processos integrativos que correspondem à latência, à adolescência, à vida adulta, à velhice e, até mesmo, à morte (Winnicott, 1988). A todas essas etapas correspondem cuidados ambientais específicos, embora não sejam mais vitais, uma vez que a personalidade encontra-se estabelecida.

Assim, Winnicott estabelece um quadro de sua teoria geral que serve como referência para a compreensão dos distúrbios emocionais. Vale salientar que esse quadro está aqui apresentado apenas de modo didático, sendo que, as distintas conquistas do crescimento na saúde, bem como os modos de adoecimento, exibem sobreposições dos distintos estágios aqui apresentados (Winnicott, 1948b). De todo modo, Winnicott estabelece um quadro geral da etiologia dos distúrbios psíquicos referido a essa teoria, tendo em vista o momento do desenvolvimento em que se iniciaram os problemas e, desse modo, o tipo e a natureza das falhas ambientais envolvidas.

Grosso modo, Winnicott (1955d) estabelece a seguinte classificação geral diagnóstica: as psiconeuroses, relativas ao adoecimento em um momento em que o indivíduo está às voltas com sua própria vida instintiva e com os relacionamentos interpessoais, tarefas características do estágio do complexo de Édipo; as depressões, referentes ao momento em que a identidade unitária apenas começou a se tornar um fato, de tal forma que o indivíduo se encontra às voltas com a junção do amor e do ódio e o reconhecimento incipiente da dependência e; as psicoses, relativas aos estágios de dependência, onde a

identidade unitária ainda não se estabeleceu e, portanto, o ambiente cumpre função vital. Deste quadro, Winnicott afirma que os dois primeiros são tratados, basicamente, pelo método estabelecido por Freud²², ao passo que as psicoses, requerem uma mudança expressiva do trabalho analítico que decorrem, naturalmente, do tipo de problema em questão.

Embora Winnicott não caracterize a tendência antissocial como um diagnóstico tal qual neurose, depressão e psicose, mas como um tipo específico de defesa, ele a inclui muitas vezes na descrição de sua nosografia, por entender que a especificidade dessa problemática também requer adaptações significativas da técnica psicanalítica. A etiologia da tendência antissocial será caracterizada por Winnicott como um tipo de falha ambiental que consiste na retirada abrupta de cuidados ambientais inicialmente satisfatórios, em um período em que a criança já pode reconhecer a natureza externa da falha (Winnicott, 1958c-b). Por essa razão, tal como nas psicoses, o ambiente cumpre um papel fundamental no desenvolvimento da patologia, indicando a necessidade de um trabalho clínico que verse sobre uma nova provisão ambiental. O cuidado analítico enquanto provisão ambiental é, como pretendemos mostrar a seguir, um sentido mais geral da noção de manejo, que vai se delineando historicamente ao longo do desenvolvimento de seu método de tratamento, especialmente em torno dessas duas problemáticas – psicose e tendência antissocial –, para as quais o trabalho eminentemente baseado no instrumento interpretativo não podia oferecer benefícios terapêuticos significativos.

²² Embora Winnicott afirme em determinados momentos de sua obra que o método de tratamento para as neuroses e depressões continua a ser o método padrão estabelecido por Freud, é possível também reconhecer algumas mudanças específicas que decorrem de sua teoria para a prática clínica com tais casos. Esse tema será abordado mais adiante neste capítulo e, de modo mais sistematizado, no Capítulo 3 desta tese.

2.2. A noção de manejo no desenvolvimento do método de tratamento winnicottiano

A partir da experiência nos tempos de guerra, onde surge como questão o tipo de tratamento mais indicado para os casos de tendência antissocial, Winnicott viria a reconhecer a necessidade do que ele chamou de ‘experiências de lar primário’, que vai delineando um tipo de cuidado que pode ser descrito em termos de provisão ambiental. Esse tipo de formulação, que terá impactos significativos sobre o desenvolvimento do método de tratamento de Winnicott, vai se constituindo ao longo do próprio processo de cuidado e implicou, nesse caso, em uma política de abrigos de longa permanência, cujo estabelecimento é descrito em pormenores no texto “Manejo residencial como tratamento para crianças difíceis”²³ (Winnicott, 1947e-a). Neste, se apresenta a tese de que, tais alojamentos, comprometidos com a realização de uma nova provisão ambiental, funcionavam, eles mesmos, como terapia para as crianças abrigadas, prescindindo, de certo modo, de um tratamento psicológico individual. Esse processo de cuidado é, pois, descrito em termos de manejo:

A reação inicial das autoridades ao surgimento de um grupo problemático de crianças foi dar-lhes tratamento psicológico individual e providenciar instalações onde pudessem ser alojadas enquanto recebiam tratamento. Gradualmente, porém, tornou-se claro que acomodações desse tipo implicariam, de início, na organização e no manejo das residências. Concluiu-se, além disso, que tal manejo já constituía, em si mesmo, uma terapia. (Winnicott, 1947e-a, pp. 56-57)

²³ A tradução do título desse artigo na obra em português, “Tratamento em regime residencial para crianças difíceis”, faz perder grande parte do sentido que temos intenção de enfatizar aqui, o que ocorre em muitas outras situações de tradução da palavra “*management*”. A tradução mais precisa parece ser “Manejo residencial como tratamento de crianças difíceis”, conforme encontramos na tradução que aparece no livro “Winnicott” de Adam Phillips (Cf. Phillips, 1988).

Em outro trabalho, intitulado “Assistência residencial como terapia” (Winnicott, 1984g), relatando sua experiência como psicanalista em uma instituição de assistência social coordenada por David Wills, Winnicott comenta que, inicialmente seu trabalho se realizava por meio de entrevistas individuais, com poucas crianças, “na qual incluía estupendas interpretações baseadas em profundo *insight*” (Winnicott, 1984g, p. 250). Entretanto, a natureza do problema em questão lhe mostrava que suas “pequenas tentativas de sementeira caíam em solo de pedra” (Winnicott, 1984g, p. 251). Neste sentido, Winnicott afirma:

Bem depressa eu aprendi que a terapia estava sendo feita na instituição, pelas paredes e pelo telhado; pela estufa de vidro que fornecia um alvo magnífico para pedras e tijolos, pelas banheiras absurdamente grandes, para as quais era necessária uma quantidade enorme de carvão, tão precioso em tempos de guerra, se se quisesse que a água quente chegasse ao umbigo de quem quisesse tomar banho. A terapia estava sendo realizada pelo cozinheiro, pela regularidade da chegada das refeições à mesa, pelas colchas das camas quentes e coloridas, pelo esforço de David para manter a ordem apesar da escassez de pessoal e um constante senso de inutilidade de tudo isso, porque a palavra sucesso era reservada para algum outro lugar e não para a tarefa exigida da *Bicester Poor Law Institution*. (Winnicott, 1984g, p. 251)

A importância dessa experiência no que se refere ao desenvolvimento de seu método de tratamento, comenta Winnicott, diz respeito à compreensão de “que existe algo em psicoterapia que não se descreve em termos de interpretação certa no momento certo” (Winnicott, 1984g, p. 251).

Ao longo de sua obra, Winnicott formula claramente a natureza da tendência antissocial como uma problemática, cuja etiologia encontra-se em

uma falha ambiental, como um problema de privação²⁴, a saber, uma retirada abrupta de cuidados que foram inicialmente suficientemente bons, de modo que a criança sente-se desapossada e, reconhecendo em alguma medida a falha como proveniente do ambiente, passa a reivindicar deste aquilo que ela sente como lhe sendo de direito próprio. A restauração do ambiente perdido, confiável e capaz de sobreviver aos inevitáveis testes, irá constituir-se na diretriz do cuidado dispensado a tais casos, tanto no sentido do tratamento residencial para crianças em abrigos, quanto naquilo que essa experiência encontra de correlação com o tratamento em um *setting* propriamente psicanalítico. Conforme comenta Phillips (1988, p. 101), Winnicott “descobriu que haviam comparações a serem feitas entre a criança evacuada residindo no abrigo e a criança ou adulto na situação analítica”. Segundo o autor:

foi após o seu trabalho da Segunda Guerra que Winnicott enfatizou cada vez mais algo que era central a sua percepção sobre o que de fato seria a psicanálise: que para o paciente, e isto era tanto mais verdadeiro quanto mais perturbado fosse o paciente, a confiabilidade do *setting* que o analista mantém faz muito do trabalho psicanalítico. (Phillips, 1988, p. 101)

Desse modo, a noção de uma clínica interpretativa, apoiada em verbalização e simbolização dos conteúdos inconscientes, vai cedendo lugar a uma clínica que “recai sobre o suprimento total que é o ambiente”(Winnicott, 1984g, p. 254), de maneira que Winnicott viria definir o trabalho terapêutico com pacientes privados em termos de manejo.

²⁴ Utilizaremos privação para tradução de *deprivation* no original, para diferenciá-la de *privation*, uma vez que ambos foram traduzidos, na obra em português, por privação, embora possuam sentidos claramente distintos: o primeiro (*deprivation*), relacionado ao tipo de falha ambiental que caracteriza a tendência antissocial e o segundo (*privation*), às falhas que levam ao desenvolvimento de patologias no âmbito das psicoses.

A tendência antissocial caracteriza-se por um elemento nela que compele o meio ambiente a ser importante. O paciente, através de impulsos inconscientes, compele alguém a encarregar-se dele em termos de manejo. É tarefa do terapeuta envolver-se com o impulso inconsciente do paciente, e o trabalho é realizado pelo terapeuta em termos de manejar, tolerar e compreender. (Winnicott, 1958c-a, p. 123)

No que diz respeito à psicose, Winnicott compreenderia sua etiologia em um padrão de falhas ambientais nos estágios mais iniciais do desenvolvimento, o que viria a comprometer a própria estruturação da personalidade. Por isso, Winnicott afirmaria que a psicose é mais uma doença ambiental, do que propriamente uma doença do indivíduo (Winnicott, 1960c, 1963a, 1963c). Ocorre que o bebê não tem meios de lidar com modos de funcionamento do ambiente imprevisíveis, que não estão de acordo ao seu gesto e à capacidade criativa. Todo evento fora desse campo é vivido como uma invasão, como uma agonia impensável, que o lança para fora da área de experiência pessoal, para fora do campo das relações inter-humanas. Resta ao bebê, como única alternativa, defender-se das intrusões através de reações que levam, necessariamente, à interrupção da própria continuidade de ser.

Neste lugar que é caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o “potencial herdado” está se tornando uma “continuidade do ser”. A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal. (Winnicott, 1960c, p. 47).

É preciso notar que, segundo Winnicott, nos estágios iniciais, ainda não é possível supor um ego estruturado. O que poderia ser considerado como um

funcionamento egóico²⁵ nesse momento depende inteiramente do apoio do ego auxiliar materno, ou seja, da função ambiental (Winnicott, 1965n), razão pela qual as falhas maternas provocam reações que interrompem a continuidade de ser do bebê: “nesse estágio tão inicial do desenvolvimento ainda não há uma força suficiente de ego para que ocorra uma reação sem perda de identidade” (Winnicott, 1958f, p. 263). Essa concepção marca algumas distinções significativas com a psicanálise tradicional, desenvolvida a partir de Freud.

Em primeiro lugar, em Winnicott há uma teoria da constituição e estruturação do ego, enquanto que em Freud essa parece ser uma questão que ficou por ser resolvida²⁶. De todo modo, Freud compreende o funcionamento do ego sempre intrinsecamente ligado à capacidade de relacionar-se com objetos e de, minimamente, administrar a vida instintiva, o que supõe já haver uma separação entre o eu e o objeto, o reconhecimento das exigências pulsionais e daquelas derivadas da realidade, além de uma capacidade de mediação, que é o que propriamente define o ego. Por outro lado, o bebê winnicottiano encontra-se muito longe de tais capacidades e o funcionamento de seu ego está em condição de total dependência do ego materno, dependência esta que se caracteriza por ser aperceptiva, ou seja, sem qualquer distinção entre o eu e o objeto.

Uma segunda distinção, derivada desta, refere-se ao fato de que, em Freud, na medida em que o indivíduo dirige-se ao objeto em razão de sua necessidade de satisfação pulsional, o contato com a realidade implica necessariamente em alguma medida de frustração, já que à realidade não é possível um atendimento pleno. A noção de frustração em Freud revela-se,

²⁵ A noção de ego em Winnicott não é relativa a uma instância no interior de um aparelho psíquico. Esse conceito parece ser redescrito no interior de sua teoria do amadurecimento pessoal. Neste escopo, pelo menos dois sentidos podem ser distinguidos da noção de ego. O primeiro diz respeito à própria tendência inata à integração, ou seja, um ego potencial que tende a se desenvolver em condições ambientais favoráveis, conforme Winnicott afirma em “A integração do ego no desenvolvimento da criança”: “pode-se usar a palavra ego para descrever a parte da personalidade que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade” (Winnicott, 1965n, p. 55). O segundo sentido é relativo ao momento em que ocorre a integração do eu em uma unidade, onde a criança, se pudesse dizer, diria “Eu sou”. Trata-se de um momento do amadurecimento, onde a distinção entre mundo interno e mundo externo se estabelece mais claramente, pressupondo, portanto a organização e o estabelecimento do ego (Winnicott, 1984h)

²⁶ Cf. Nota de rodapé 14 (p. 40).

nesse sentido, primordial no que diz respeito ao funcionamento do aparelho psíquico. A partir da postulação do princípio do prazer como o motor básico do funcionamento humano e do princípio de realidade como um norteador da função egóica, o funcionamento do psiquismo, em Freud, implica necessariamente na reeducação das atividades e manifestações instintivas, relativas à instância psíquica id.

Em Winnicott, por outro lado, o bebê dirige-se ao mundo de modo aperceptivo em razão de sua necessidade de ser e o não atendimento no início “não provoca frustração, mas uma ameaça de aniquilamento” (Winnicott, 1958n, p. 403). Enquanto a psicanálise tradicional tratou dos problemas em termos da busca de satisfação e de conflitos intrapsíquicos derivados da mediação com a realidade, Winnicott enfatizaria o problema da constituição ou integração do ego, que, dessa perspectiva teórica, está intimamente relacionada com a constituição de um primeiro sentido de realidade do mundo.

Para Winnicott, de início, o bebê no estado não-integrado não pode reconhecer as vivências instintivas como parte de si mesmo. Nesse momento, os instintos são externos ao bebê e esse é o sentido da afirmação winnicottiana segundo a qual “não há id antes de ego” (Winnicott, 1965n, p. 55). O ambiente adaptado cuidará, entre outras coisas, de não deixar o bebê a mercê de seus instintos, o que poderia se configurar como uma invasão tanto quanto uma perturbação propriamente externa. Por essa razão, a satisfação instintiva não é importante por si mesma, mas especialmente porque é uma forma de promover apoio ao ego ainda frágil do bebê.

Nesta situação não há questão de satisfazer os impulsos do id. Há coisas mais importantes acontecendo e estas são prover apoio aos processos do ego. É somente sob condições de adequação do ego que os impulsos do id, quer sejam satisfeitos ou frustrados, se tornam experiências do indivíduo. (Winnicott, 1965vd, p. 217)

É preciso considerar neste contexto que, no início, o bebê alterna estados excitados e estados tranquilos e o apoio materno ao ego do bebê atende a essa alternância. Trata-se, pois, de notar que o cuidado materno aos estados tranquilos do bebê nada tem a ver com experiências instintivas, mas com a sustentação e manutenção de um ambiente que torne possível ao bebê, no relaxamento próprio ao estado não integrado, não ser perturbado, não ser invadido, não ser tomado de surpresa. Essa experiência possibilita ao bebê um sentido muito inicial de confiabilidade do mundo e de si mesmo, assim como permite, no retorno da tensão instintiva, a realização de um gesto espontâneo, ou seja, um gesto que parte de seu *self* verdadeiro e pessoal, não constituído reativamente.

Entram em cena então os estados excitados, que se apoiam no surgimento da tensão instintiva, mas seu fim, segundo Winnicott, não se reduz à satisfação nesses termos. Tomado por uma tensão instintiva, o bebê desenvolve uma expectativa vaga e não formulada, dirigindo-se ao mundo por meio de um gesto. A mãe, sendo capaz de reconhecê-lo, atende ao gesto no tempo e medida adequados, possibilitando ao bebê a experiência de ilusão de onipotência, que constitui as bases para relacionamentos objetivos vividos de modo pessoal. Assim, “como resultado teremos não apenas a experiência física da satisfação instintiva como também a ligação emocional, e o início de uma crença na realidade como algo sobre o qual é possível ter ilusões” (Winnicott, 1948b, p. 240).

Considerando, ademais, que, estando em um estado ainda não integrado, ao constituir uma experiência de contato, o bebê constitui uma experiência de si mesmo, a ilusão de onipotência é uma experiência que fortalece, sobretudo, ao ego.

A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência. Deve-se ressaltar que, ao me referir ao início das relações objetivas, não estou me referindo a satisfações ou frustrações do id. Refiro-me às pré-condições, tanto internas como externas ao bebê, que

proporcionam uma experiência do ego de uma amamentação satisfatória. (Winnicott, 1965n, pp. 60-61)

Compreendendo a psicose como um problema que compromete a própria estruturação do ego – o que implica em dizer que os instintos permanecem total ou parcialmente externos ao ego (Winnicott, 1960c) – surgem problemas significativos no que se refere à utilização da interpretação²⁷ como ferramenta central do método. O trabalho interpretativo se define pela redução das forças que retiveram-se sob repressão como resultado dos conflitos intrapsíquicos, da luta entre a realidade e os desejos, que procuram a satisfação instintiva pela busca de prazer. Para Winnicott, entretanto, uma vez que “o impulso do id só é significativo se contido na vivência do ego” (Winnicott, 1958g, p. 31), na ausência de um ego integrado, “a capacidade do indivíduo de ‘desejar’ sofreu uma interferência” (Winnicott, 1955d, p. 385). Como consequência da incapacidade de desejar, não se pode supor nem mesmo a existência de um mecanismo de repressão, o que torna a tarefa interpretativa desnecessária e, não poucas vezes, prejudicial²⁸.

Os acontecimentos desses estágios iniciais podem ser vistos como perdidos através do que denominamos mecanismos de repressão, não podendo portanto os analistas esperar encontrá-los como resultado do que reduz as forças de repressão. (Winnicott, 1960c, p. 39)

Freud também havia notado o problema do emprego da noção de repressão derivada da clínica das neuroses no que concerne às psicoses, bem

²⁷ Nesse momento, estamos nos referindo à interpretação no seu sentido tradicionalmente concebido e aceito no interior da psicanálise como um todo. Em Winnicott, é possível afirmar que o conceito de interpretação recebe novas significações que não a de desvelamento do inconsciente reprimido, tema que será tratado na seção 3.2. do capítulo seguinte, mas é importante marcar que não são a esses outros sentidos de interpretação a que estamos nos referindo aqui.

²⁸ Cf. seção 2.3. deste capítulo.

como da inaplicabilidade do procedimento interpretativo. Suas razões, entretanto, são diferentes. Esse problema levou Freud a considerar a existência de uma repressão mais primitiva, incidindo sobre as representações por imagem e não, como nas neuroses, sobre as representações por meio de palavras. Esse processo indicava, pois, uma introversão da libido, investida no próprio ego e não mais nos objetos, condição que inviabiliza, de pronto, o instrumento interpretativo, uma vez que impedia o desenvolvimento da transferência. Mas há ainda outro motivo pelo qual o psicótico não poderia ser analisado do ponto de vista de Freud. A incidência de uma repressão sobre as representações por imagem implica no fato de que a fala do psicótico não encontra referentes realidade psíquica ou do mundo. O psicótico encontra-se imerso nos processos inconscientes, pois o que permite a estruturação dos processos conscientes é a ligação das representações por imagem às representações por meio de palavra. Desse modo, não há distinção entre conteúdo latente e conteúdo manifesto e, assim, não há o que revelar, não há o que interpretar.

Com base em sua teoria do desenvolvimento inicial, Winnicott distinguiria da noção de desejo, tão cara à psicanálise, a noção de necessidade. Necessidade responde, neste contexto, às condições vitais que são ou não providas pelo o ambiente, sem as quais o ego ou a personalidade não chega a se estruturar: “a necessidade ou é resolvida ou não, e a consequência não é a mesma que a satisfação ou frustração dos instintos (...) e sim alguma forma de distorção do desenvolvimento numa fase primitiva” (Winnicott, 1958n, p. 400). Desse modo, em situações clínicas que remontam a períodos muito iniciais do desenvolvimento, se faz indispensável uma atitude analítica de apoio ao ego, que se define pelo atendimento às necessidades do paciente. A distinção entre desejo e necessidade orienta, desse modo, a pertinência ou não do uso da interpretação na clínica e a modificação da técnica em termos de provisão ambiental e de manejo.

Notar-se-á que, na clínica, ao nos referirmos a necessidades, estamos diante do fenômeno de regressão à dependência. A necessidade se define pela necessidade de regredir. Isso porque as experiências de falhas ambientais à época em que o ego ainda estava em vias de estruturar-se produzem uma

interrupção na continuidade de ser do bebê ou da criança (Winnicott, 1958n), interrupção esta que se constitui como uma defesa contra novas possíveis falhas. Esse processo, que Winnicott (1955d) também descreveu como 'congelamento da situação da falha', inclui uma concepção inconsciente de uma nova oportunidade para viver a dependência e corrigir, assim, as distorções da personalidade derivadas das falhas ambientais. A regressão, nesse sentido, faz parte de um processo de cura, concepção que marca distinções importantes com a psicanálise tradicional, para a qual a noção de regressão está, fundamentalmente, referida aos pontos de fixação derivados de experiências instintivas mal sucedidas (Winnicott, 1965h-a). Segundo Winnicott, no que diz respeito ao desenvolvimento emocional primitivo, a ênfase recai sobre o desenvolvimento do ego, de modo que:

neste caso quando falarmos de regressão estaremos imediatamente falando da adaptação do ambiente com seus êxitos e suas falhas. Um dos pontos que estou tentando esclarecer tanto quanto possível é o de que o nosso pensamento sobre esta questão vê-se confundido pela tentativa de recuar aos primórdios do ego, sem conferirmos nesse processo uma importância cada vez maior ao ambiente. Podemos construir teorias sobre o desenvolvimento dos instintos e concordar em que o ambiente seja deixado de lado, mas não é possível fazê-lo quando se trata de formular hipóteses sobre o desenvolvimento do ego inicial. (Winnicott, 1955d, p. 380)

Essa nova concepção de regressão, enquanto regressão à dependência, apresenta a necessidade de modificação da técnica, cabendo ao analista realizar a provisão ambiental adaptada que, na situação original, não ocorreu. A tendência à regressão na clínica "dá a indicação do paciente ao analista de como o analista deve se comportar mais do que como ele deve interpretar" (Winnicott, 1965h-a, p. 117). De modo geral, Winnicott compreende que o tratamento da psicose deverá contemplar uma nova oportunidade de viver a dependência. O analista que é capaz de se comportar adaptativamente, guiado

pelas necessidades que surgem do próprio paciente, sustenta um contexto de confiabilidade a partir do qual o paciente recria a esperança de que o ambiente possa, desta vez, atender às suas necessidades, podendo por isso, regredir a uma situação de dependência no *setting* analítico (Winnicott, 1955d, 1956a, 1962c, 1963a, 1974).

A necessidade de regredir define-se não só pela necessidade de uma nova vivência da dependência, mas também pela necessidade de experienciar o colapso (Winnicott, 1989vk). O fato é que, tendo vivido uma agonia impensável, o paciente continua a buscar aquele detalhe que se refere ao colapso real do passado, mas que por não ter sido experienciado, não pôde ser integrado dentro de uma história temporal, assumindo, dessa forma, uma procura dele no futuro (Winnicott, 1974). O paciente precisa lembrar-se do colapso, mas, considerando-se que ele não foi experienciado, não pode ser lembrado, a não ser por uma nova possibilidade de vivê-lo.

A única maneira de “lembrar”, neste caso, é o paciente experienciar esta coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência. Esta coisa passada e futura torna-se então uma questão do aqui e do agora, e é experienciada pelo paciente pela primeira vez. (Winnicott, 1974, p. 74)

Esse é um outro modo de dizer que os problemas derivados de falhas ambientais no início do desenvolvimento não se encontram sob repressão – que se define pela vivência de conflitos que se tornaram intoleráveis ao ponto de serem mantidos fora da consciência – mas, por outro lado, referem-se ao não experienciado, ao não vivido, à personalidade que não pode ser integrada em razão da ausência de um ambiente suficientemente bom. Nesse ponto, Winnicott oferece uma nova distinção útil para orientação do trabalho clínico, a saber, “profundo em psicologia nem sempre quer dizer precoce” (Winnicott, 1965va, p. 161). Profundo indica “profundidade na fantasia inconsciente do paciente ou em sua realidade psíquica; em outras palavras, estão envolvidas a mente e a imaginação do paciente” (Winnicott, 1958i, p. 103). Profundo “nos

leva às raízes instintivas do indivíduo” (Id. Ibid., p. 105). Por outro lado, precoce tem de “levar em consideração o ambiente auxiliar do ego, que é um aspecto importante na extrema dependência dos estágios iniciais” (Id. Ibid. , p. 104). Somente o que é profundo admite ser interpretado, admite outros sentidos e significados. O que é precoce necessita, indispensavelmente, de sustentação ambiental.

Com base nesta compreensão, Winnicott afirma que, na clínica com pacientes psicóticos, o procedimento interpretativo deve ser suspenso, ainda que temporariamente, para dar lugar a uma série de adaptações por parte do analista que possibilitem o descongelamento da situação traumática e a retomada do amadurecimento a partir dessa nova sustentação ambiental.

As interpretações visando o *insight* se tornam menos importantes, e a manutenção de uma situação adaptativa ao ego é essencial. A consistência da situação é uma experiência primária e não algo a ser recordado e revivido na técnica do analista. (Winnicott, 1965vd, p. 216).

O fornecimento de um ambiente adaptado às necessidades, em substituição ao método de tratamento baseado na interpretação é, pois, descrito em termos de manejo. Ele afirma: “No trabalho em que estou descrevendo, o contexto torna-se mais importante que a interpretação”, salientando que, “entendo por contexto o somatório de todos os detalhes relativos ao manejo” (Winnicott, 1956a, p. 395). Em outro momento ainda, referindo-se aos “pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional”, ele afirma: “a ênfase recai mais frequentemente sobre o manejo, e por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, o manejo ocupando a totalidade do espaço” (Winnicott, 1955d, p. 375).

Interessante notar que autores como Fulgencio (2008c) e Naffah Neto (2005) tem apontado o fenômeno de regressão à dependência, descrito por

Winnicott, como uma redescritção, sobre outras bases teóricas, do fenômeno clínico de compulsão à repetição descrito por Freud.

No âmbito da transferência, Freud compreendeu a compulsão à repetição como a atualização de conflitos derivados de desejos que se tornaram reprimidos e que ainda continuariam buscando descarga e satisfação. Mais adiante, como já apresentamos, Freud viria a compreender que tais desejos, se levados a cabo, conduziriam ao desprazer, sendo, portanto, expressão de forças do psiquismo não reguladas pelo princípio de prazer, o que o conduziu à formulação da pulsão de morte. Para Winnicott, por outro lado, tratar-se-ia de, na transferência, viver algo pela primeira vez, que não pode ser experimentado nas condições ambientais originais (Winnicott, 1956a). Enquanto Freud atribuiu a compulsão à repetição, em última instância, à dinâmica da pulsão de morte²⁹, Winnicott descreveu o movimento de regressão à dependência como parte da esperança que a confiabilidade do *setting* analítico é capaz de suscitar no paciente. No que concerne ao tratamento, na neurose de transferência trata-se de possibilitar a rememoração do conteúdo reprimido, via interpretação, no tipo de transferência que remonta à questão da dependência, trata-se, pois, de possibilitar um ambiente confiável que suscite a esperança a ponto de o paciente descongelar a situação da falha, atualizando-a na relação com o analista, a fim de que um novo desfecho seja possível, a saber, a continuidade do crescimento que fora interrompido, sustentado por uma nova provisão ambiental (Winnicott, 1974).

O fenômeno clínico de regressão à dependência e os desenvolvimentos teóricos que o embasam parecem ter estabelecido de forma mais premente para Winnicott, conforme também comenta Dias (2011a), a necessidade da modificação da técnica em termos de manejo. Curiosamente, Freud (1919a), num artigo sobre técnica, à época em que reexaminava o fenômeno de compulsão à repetição, chegou a considerar a necessidade de que certas condições externas fossem promovidas ao paciente como forma de favorecer o

²⁹ Vale notar que Winnicott rejeitou a pulsão de morte como hipótese teórica, bem como todos os outros conceitos derivados da metapsicologia especulativa freudiana, apoiando sua teorização em uma linguagem descritiva que se aproxima do âmbito experiência humana. Para uma análise mais profunda do tema, conferir Fulgencio (2007).

tratamento, contrariando, em termos, a regra da abstinência tão fortemente asseverada por ele. No ano seguinte, entretanto, Freud formula a hipótese da pulsão de morte e acaba por enfatizar aspectos constitucionais na formação de sintomas cuja rigidez tornava-os inacessíveis ao método psicanalítico. Freud retoma, então, a regra da abstinência como um princípio básico de sua terapêutica, entendendo que, uma vez que o objetivo do tratamento se define pela inibição dos desejos pessoais em razão do princípio de realidade, o paciente deve ser mantido, ao máximo, num estado de frustração³⁰.

Para Winnicott, por outro lado, a noção de manejo como atendimento às necessidades, justifica-se inteiramente pelo fato de que, em situações clínicas que remontam aos períodos de dependência mais inicial, o que está em jogo não são as satisfações instintivas ou a busca de prazer, mas a necessidade de ser e de continuar sendo, que, por definição, depende absolutamente da adaptação ambiental.

Com esse tipo de formulação, Winnicott descortina uma clínica que se faz essencialmente de uma comunicação silenciosa, em oposição à definição da psicanálise, que ficaria tão conhecida, enquanto tratamento pela palavra, cuja ferramenta central é a interpretação. Adaptação é algo que se faz silenciosamente, pelo reconhecimento da imaturidade do paciente que, não tendo alcançado profundidade, encontra-se em um estado pré-verbal, e nesse sentido, pré-mental, pré-representacional e pré-simbólico. Winnicott nos lembra que a etimologia da palavra infante nos remete à ausência de fala, a uma “fase anterior à apresentação das palavras e o uso das palavras como símbolos” (Winnicott, 1960c, p. 41). Esse entendimento leva a construção de uma teoria da comunicação, cuja aplicação na clínica, apresenta claramente a necessidade de manejo e desaconselha, em determinadas situações, o uso da interpretação, tema que será desenvolvido na seção seguinte.

É importante notar antes disso que, o fenômeno de regressão à dependência é particularmente descrito como uma necessidade concernente à clínica das psicoses, mas, Winnicott salienta que ele abarca todas “as subcorrentes psicóticas que perturbam o fluxo regular e uniforme da vida de

³⁰ Cf. seção 1.3. do Capítulo 1 desta tese.

muitos de nós, que conseguimos arranjar um rótulo de normais, saudáveis, maduros” (Winnicott, 1984i, p. 267). Neste contexto, incluem-se todas as problemáticas em torno de uma estruturação falso-*self*, formulação de suma importância na obra winnicottiana (Winnicott, 1965m), mas inclui também a própria saúde, a própria condição da existência humana, para a qual nem tudo é feito de palavras. De modo geral, do reconhecimento da importância da dependência no desenvolvimento emocional infantil, derivaram mudanças significativas para o método de tratamento que, como mostraremos no desenvolvimento desta tese, tem impacto sobre distintas patologias.

2.3. Comunicação e sentido na clínica winnicottiana: riscos da interpretação

Enquanto para Freud, como vimos, a comunicação no trabalho analítico se dava em termos prioritariamente verbais e o sentido produzido pela análise dizia respeito preponderantemente ao preenchimento das lacunas da recordação, derivadas da repressão; em Winnicott, a questão da comunicação, bem como do sentido produzido pelo trabalho de análise assumem outras complexidades. Isso por que, se em Freud, as relações em termos objetais já estão dadas, uma vez que sua teoria se constrói em termos de problemáticas neuróticas, em Winnicott, o estudo dos modos de relacionamento com o ambiente e com o objeto, desde o início mais precoce até a maturidade, colocam novas questões no que tange a comunicação e sentido na análise.

Segundo Winnicott, “relações com os objetos são um fenômeno complexo, e o desenvolvimento de uma capacidade para se relacionar com objetos de forma alguma é um ponto simples no processo de maturação” (Winnicott, 1965j, p. 164). Isso significa dizer que há um longo percurso, que implica em distintas conquistas apoiadas pela adaptação ambiental adequada, até que um ser humano possa vir a se relacionar com objetos propriamente ditos, ou seja, percebidos objetivamente. Neste caminho, em que o objeto passa gradualmente de ser subjetivo a ser percebido objetivamente, comenta Winnicott (1965j, p. 166), “ocorre uma mudança no propósito e nos meios da comunicação”.

Inicialmente, quando a dependência do ambiente é absoluta, o bebê se relaciona com objetos subjetivos, objetos³¹ que são parte dele mesmo, uma vez que ainda não se encontra em condições de distinguir “eu” de “não eu”. Nesse contexto, “o ambiente facilitador, ou o apoio do ego da mãe ao ego imaturo do

³¹ Aqui estamos nos referindo a “objetos”, respeitando a tradição psicanalítica, bem como a própria linguagem winnicottiana. Entretanto, cabe enfatizar, que este não seria o termo mais preciso para definir o tipo de relação que aí está em jogo, uma vez que ainda não há qualquer distinção entre eu e objeto. Parece-nos mais correto pensar nesse tipo de relação como relações com o “ambiente”, no sentido winnicottiano do termo, anteriores ao período em que a noção de objeto faça sentido.

lactente”, comenta Winnicott (1965j, p. 169) “são as partes essenciais da criança como criatura viável.” A descrição de um tipo de comunicação que pode ocorrer nesse momento tem, portanto, de levar em conta a imaturidade do bebê e a capacidade que a mãe possui de se adaptar.

Isso, segundo Winnicott, nos leva a uma “dicotomia fundamental”, a saber, “a mãe pode retroceder a formas de experiência infantil, mas para o bebê é impossível apresentar a sofisticação característica de um adulto” (Winnicott, 1968d, p. 64). Desse modo, a capacidade que a mãe tem de ir ao encontro das necessidades do bebê é determinante para que um tipo sutil de comunicação possa se estabelecer, uma comunicação que se constitui pela própria continuidade de ser do bebê. Nesse caso, “o lactente se comunica simplesmente por continuar a existir, e por continuar a se desenvolver de acordo com os processos pessoais de maturação” (Winnicott, 1965j, p. 166).

Curiosamente, Winnicott (1965j, p. 166) afirma, entretanto, que “isto dificilmente merece o nome de comunicação”, afirmação que nos obriga a distinguir claramente o sentido usual de comunicação – dado entre duas pessoas inteiras, capazes de fazer uso de distintos recursos de linguagem, entre os quais o da verbalização – deste tipo sutil de comunicação que ocorre no contexto dos estágios iniciais do desenvolvimento em que, “na medida em que o objeto é subjetivo, é desnecessário que a comunicação com ele seja explícita” (Winnicott, 1965j, p. 166). No contexto das experiências iniciais de bebês, Winnicott (1968d, p. 82) afirma ainda, “nos comunicamos nas primeiras semanas e meses, muito antes da verbalização ter adquirido qualquer significado”.

Winnicott estabelece assim, os princípios de uma comunicação silenciosa, que é possibilitada pela confiabilidade do ambiente, pela forma de segurar o bebê, pela reciprocidade das experiências físicas estabelecidas pelo manuseio adequado do corpo do bebê, pelo modo como a mãe pode olhá-lo, permitindo ao bebê que veja a si mesmo, pela capacidade da mãe de apresentar os objetos respeitando a criatividade do bebê, entre tantas outras experiências de intimidade que decorrem dos cuidados maternos adaptados às necessidades

do bebê e, que são, nesse contexto, um modo de comunicação (Winnicott, 1968d).

Este tipo de comunicação é, porém, silencioso. O bebê não ouve ou registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade; é algo que se registra no decorrer do desenvolvimento. O bebê não tem conhecimento da comunicação, a não ser a partir dos efeitos da falta de confiabilidade. (Winnicott, 1968d, p. 87)

Winnicott salienta, ademais, que esse tipo de comunicação não requer uma adaptação perfeita ou mecânica, mas uma adaptação humana que, por isso mesmo, é falível. Um contexto de confiabilidade só é possível em uma relação inter-humana, que comporta certas falhas relativas e, sobretudo, uma preocupação contínua por parte da mãe de corrigi-las a tempo.

É aqui que se dá a diferença entre perfeição mecânica e amor humano. Os seres humanos cometem muitos erros, e durante o tempo em que mãe cuida normalmente do seu bebê ela está continuamente corrigindo suas falhas. Estas falhas relativas, às quais se dá uma solução imediata, acabam sem dúvida sendo comunicadas, e é assim que o bebê acaba tomando conhecimento do sucesso. (Winnicott, 1968d, p. 87)

A partir do acúmulo de experiências de bons cuidados iniciais que vão se estabelecendo como um padrão, o bebê adquire uma certa integração, que forma as bases para suas expectativas, ou seja, o bebê torna-se capaz de esperar períodos de tempo um pouco mais longos. Assim, gradualmente, as falhas do ambiente poderão inclusive ser usadas pelo bebê no sentido de seu amadurecimento, na medida em que elas passam a delimitar um espaço entre a mãe e o bebê, que permitem a gradual passagem das relações com objetos

subjetivos para as relações com os objetos transicionais. Enquanto no mundo dos objetos subjetivos, o gesto do bebê é prontamente atendido, de modo que o objeto é sentido como criação do bebê, sem qualquer distinção entre si mesmo e ambiente, agora, no mundo dos objetos transicionais, os objetos vão gradualmente adquirindo um sentido de encontrados, embora também como parte da criação do bebê. “Um objeto bom”, comenta Winnicott (1965j, p. 165), “não é bom para o lactente a menos que seja criado por este” e, no caso dos fenômenos transicionais, “o objeto tem de ser encontrado para ser criado. Isso tem de ser aceito como um paradoxo, e não resolvido por um rephraseado que por seu brilhantismo pareça eliminar esse paradoxo”.

Neste contexto, portanto, as falhas da mãe se constituem propriamente em um tipo de adaptação, que reconhece a necessidade do bebê de se relacionar com objetos que gradualmente vão ganhando sentido de externalidade, mas sem a perda da onipotência inicial. A mãe que é capaz de sustentar esse paradoxo permite a constituição do que Winnicott denominou de espaço potencial, onde o bebê se comunica por intermédio do brincar. Nesse espaço, o bebê pode eleger um objeto ou atividade em especial – ou diversos objetos e atividades – que fazem às vezes da mãe, que a substitui, inicialmente, por pequenos períodos de tempo, mas que, ao longo do desenvolvimento fornecem as bases para a constituição da capacidade simbólica e, portanto, de um caminho no sentido da independência. Por essa razão, embora os fenômenos e objetos transicionais impliquem em uma certa separação da mãe, Winnicott salienta que eles são, sobretudo, “o símbolo da confiança e da união entre o bebê e a mãe” (Winnicott, 1968d, p. 89).

Naturalmente, tais falhas, que Winnicott (1968d) salienta, são relativas, não podem ser confundidas com falhas ambientais em termos da adaptação fundamental cujo caráter é traumático que, *grosso modo*, podem resultar em problemas de privação e privação. As falhas em torno da privação ocorrem justamente quando as falhas relativas não são corrigidas a tempo, em um contexto em que, a comunicação que se estabelecera inicialmente satisfatoriamente, é interrompida abruptamente. Nestes casos, a área dos fenômenos transicionais que vinha se estabelecendo, perde seu sentido, uma vez que, inicialmente, um objeto não pode substituir a mãe se esta não estiver

lá de modo real para ser substituída. No que tange a privação, as falhas se iniciam em um período ainda mais inicial, num momento em que nem mesmo a área dos fenômenos transicionais, nem mesmo o primeiro sentido de realidade – de si mesmo e do mundo – dado pelo relacionamento com objetos subjetivos pode se estabelecer de forma satisfatória. Nestes casos, salienta Winnicott, estamos lidando com problemas em torno de um “colapso da comunicação” (Winnicott, 1968d, p. 88)

Na saúde, após o estabelecimento das relações em termos de objetos transicionais, o lactente ainda terá de passar por um novo estágio a fim de alcançar as relações com objetos propriamente objetivos. Trata-se do estabelecimento da capacidade para usar objetos, período no qual, por meio da destruição do objeto, o bebê pode colocá-lo para fora de sua área de controle onipotente, isto se, Winnicott salienta, o objeto real (no caso, a mãe) sobrevive. Sobreviver, nesse caso, implica em um tipo de comunicação que envolve compreensão da mãe a ponto de, sobretudo, não retaliar (Winnicott, 1969i). Sendo assim, ela fornece ao bebê as bases de uma gradativa capacidade de diferenciação entre fato e fantasia e, portanto, entre mundo interno e mundo externo, o que gradualmente caminha para a capacidade de se relacionar com objetos percebidos objetivamente e agora sim, relacionar-se, em termos objetivos propriamente ditos, o que envolve várias técnicas de comunicação explícitas.

A retomada desses estágios do desenvolvimento emocional – que também foram apresentadas na parte 2.1.2 deste trabalho – faz-se necessária a medida em que estamos buscando esclarecer formas de comunicação que se estabelecem nas relações iniciais mãe-bebê, que terão impacto decisivo na clínica winnicottiana que, de modo geral, não pode ser restrita, tal qual a psicanálise tradicional, à comunicação em termos verbais e/ou interpretativos.

Winnicott toma a mãe suficientemente boa como um paradigma para o analista na clínica, especialmente no que diz respeito àqueles pacientes cujas problemáticas se estabelecem em torno da dependência: “essencialmente, porém, é a partir das mães e dos bebês que aprendemos sobre a necessidade dos pacientes psicóticos, ou de pacientes que atravessam fases psicóticas

(Winnicott, 1965j, p. 89). Ciente de que isso implica em diferenças fundamentais com o tipo de comunicação prioritariamente utilizada no método psicanalítico tradicional, Winnicott comenta:

É possível observar que estou levando vocês para um lugar onde a verbalização perde todo e qualquer significado. Que ligação pode haver entre tudo isso e a psicanálise, que se fundamentou no processo de interpretações verbais de pensamentos e ideias verbalizados? (Winnicott, 1968d, p. 81)

Em síntese, Winnicott salienta que o método de tratamento que se apoia fundamentalmente em interpretações verbais se adéqua aos pacientes psiconeuróticos, pacientes que “atravessaram satisfatoriamente as experiências iniciais, em decorrência do que lhes é dado o privilégio de experimentarem conflitos pessoais interiores” (Winnicott, 1968d, p. 82). E quanto aos pacientes que procuram análise em busca de corrigir suas experiências iniciais?

Nestes casos, Winnicott afirmará que o método tradicional baseado na interpretação é inadequado, uma vez que, qualquer “interpretar pelo analista, se é que quer ter efeito, deve achar-se relacionado à capacidade que o paciente tem de situar o analista fora da área dos fenômenos subjetivos” (Winnicott, 1969i, p. 172), capacidade que só pode ser admitida após a satisfatória passagem pelo estágio do uso de objetos.

Assim, na clínica, ao lidarmos com pacientes cujas experiências mais iniciais foram insatisfatórias, muito do trabalho é feito em termos de adaptação silenciosa que implica, sobretudo, na sustentação de um contexto de confiabilidade, que permitirá a gradual capacidade do paciente de retomar seu “desenvolvimento que, no contexto dos cuidados humanos, poderia ter ocorrido nos estágios mais iniciais” (Winnicott, 1968d, p. 91). Sustentando um ambiente confiável, o analista espera que o paciente possa gradualmente recriar a esperança e fazer um gesto, que, a partir de então, pode ser reconhecido e

atendido. Neste caso, é importante notar que o gesto propriamente cria o cuidado ambiental e é somente nessa condição, que algo em termos de sentido pode ir se constituindo para o paciente em estado de regressão.

Em nosso trabalho, especialmente ao trabalhar com os aspectos da personalidade que são mais esquizoides do que neuróticos, na verdade esperamos, se sabemos reconhecer, que o paciente nos diga, e assim fazendo, criativamente faça a interpretação que poderíamos ter feito; se fazemos a interpretação a partir de nossa experiência e esperteza, o paciente deve recusá-la e destruí-la. (Winnicott, 1965j, p. 166)

A interpretação tradicional, nestes casos, implica em um sentido que é dado de fora, o que, além de não corresponder aos modos de comunicação que um paciente regredido pode estabelecer, pode representar perigos significativos. “Aí a psicanálise é perigosa, e o perigo é tal que pode ser evitado se sabemos nos comportar” (Winnicott, 1965j, p. 172). Esse modo de se comportar do analista implica em “esperar e esperar pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no *setting* psicanalíticos e evitar romper esse processo natural efetuando interpretações” (Winnicott, 1969i, p. 171), onde os riscos são assim apresentados por Winnicott:

Se esperamos nos tornamos percebidos objetivamente no devido tempo pelo paciente, mas se falhamos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico do paciente (que é o equivalente ao processo maturacional do lactente e da criança) subitamente nos tornamos não eu para o paciente, e então sabemos demasiado, e ficamos perigosos porque estamos demasiado próximos na comunicação com o

núcleo central e silencioso³² da organização do ego do paciente
(Winnicott, 1965j, p. 172)

Winnicott coloca, portanto, uma ênfase significativa, no que tange à comunicação em análise com pacientes regredidos, no modo de ser e de se comportar do analista que, aliás, é como ele define um dos objetivos de seu tratamento psicanalítico: “objetivo ser eu mesmo e me portar bem” (Winnicott, 1965d-b, p. 152). Isto, no entanto, não significa que nenhum tipo de comunicação verbal possa ser realizada, mas que, nesse contexto, a ênfase recai sobre a atitude do analista: “a atitude por trás da interpretação³³ tem sua própria importância”, atitude que “se reflete nas nuances, no ritmo e em milhares de outras formas que podemos comparar à variedade infinita da poesia” (Winnicott, 1968d, p. 85).

Nota-se que, com isso, Winnicott está salientando a importância de um cuidado real em um ambiente real e distanciando-se do que poderia ser denominado puro exercício da técnica. Esse posicionamento também se faz presente ao longo do desenvolvimento do paciente no trabalho analítico, quando, por exemplo, este torna-se capaz de brincar e, portanto, de relacionar-se com objetos transicionais. Neste contexto, Winnicott afirma que “a psicoterapia se efetua na área na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do analista. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas” (Winnicott, 1968i, p. 59). Essa afirmação contém o que pode ser considerado um dos princípios gerais de sua clínica, uma vez que, ainda que já esteja presente a capacidade de se relacionar com objetos percebidos objetivamente, será sempre nessa área de experiência, que abrangem a

³² O tema do núcleo central do *self*, que é silencioso e incomunicável, será abordado mais adiante neste texto, sendo, por agora, importante esclarecer que, para Winnicott, é extremamente importante que esse núcleo não seja violado, devendo permanecer para sempre incomunicável.

³³ O sentido dado pela palavra interpretação, aqui, parece ser o de “comunicação verbal”, não necessariamente uma interpretação nos moldes tradicionais. Ao longo deste texto, temos marcado o uso que Winnicott faz da palavra interpretação, certamente não redutível ao sentido tradicional do termo. A esse respeito Cf. também Dias (2008) e Naffah Neto (2010).

criatividade pessoal do analisando, que as experiências vão constituindo sentido.

Neste caminho, coloca-se em questão a capacidade do próprio analista de brincar e constituir, assim, um tipo de comunicação que não necessariamente envolve interpretação (Winnicott, 1968d). Além disso, coloca-se também a capacidade do analista de se desadaptar, o que dificilmente pode ser conseguido quando este se atém a protocolos técnicos. Aí se colocam, pois, novos riscos que são análogos a mãe que quer ser perfeita, que não pode falhar. Nesse caso, Winnicott (1965j, p. 165) afirma que o lactente “se sente subornado por uma mamada satisfatória”, assim como o paciente pode vir a sentir-se roubado pelo analista de uma interpretação que ele mesmo poderia vir a fazer de um modo pessoal e criativo, precisando, por isso, recusá-la. Somente tendo vivido satisfatoriamente, na relação com o analista, a possibilidade de exercer sua criatividade, o paciente poderá gradativamente colocar o analista para fora do âmbito de sua onipotência, o que implica, agora, em uma recusa de outro tipo.

No ponto do desenvolvimento que se acha em exame, o sujeito está criando o objeto no sentido de encontrar a própria externalidade, e tem de se acrescentar que esta experiência depende da capacidade que o objeto tenha de sobreviver. (É importante que, neste contexto, “sobreviver” signifique “não retaliar”). Se for numa análise que estas coisas estão acontecendo, então o analista, a técnica analítica e o *setting* analítico, todos eles entram nisso como sobrevivendo ou não sobrevivendo aos ataques destrutivos do paciente. (Winnicott, 1969i, p. 175)

Novamente, nesse ponto, que Winnicott salienta, envolve mudanças muito significativas para o paciente, a ênfase se coloca em um tipo de comunicação que diz respeito ao modo de se comportar do analista: “não dependem do trabalho interpretativo, mas sim da sobrevivência do analista aos

ataques, que envolve e inclui a ideia da ausência de uma mudança da qualidade para a retaliação” (Winnicott, 1969i, p. 175).

A interpretação, nesses casos, pode implicar no risco de que o analista dê a impressão ao paciente de estar construindo autodefesas ou desviando-se dos ataques, o que pode abalar a confiança e a necessidade que o paciente tem de que o analista sobreviva, para que então o sentido de externalidade venha a ser criado. Neste sentido, além da ênfase em um tipo de comunicação que não é dada em termos verbais ou interpretativos, mas em termos de cuidados ambientais, Winnicott está introduzindo a ideia de que é o paciente, ele mesmo, que cria o sentido de externalidade da realidade. Conforme apresentamos até então, a criatividade pessoal do paciente desempenha um papel fundamental na produção do sentido em análise desde o início e também nesse caso, o que coloca distinções importantes com a produção do sentido em um tratamento tradicional, que prioritariamente advém da interpretação dos conteúdos reprimidos.

Para efeito de contraste, a formulação winnicottiana do uso do objeto faz-se extremamente significativa, uma vez que para a psicanálise tradicional, o indivíduo deve abrir mão de seus anseios mais íntimos e pessoais, para adaptar-se a um princípio de realidade que está dado desde sempre, uma passagem que pode envolver impulsos destrutivos reativamente. Para Winnicott, por outro lado, o sujeito propriamente cria essa realidade, por meio da destruição do objeto e, mais especificamente, da parte subjetiva deste objeto:

Entende-se geralmente que o princípio da realidade envolve o indivíduo em raiva e destruição reativa, mas a minha tese é que a destruição desempenha o seu papel na construção da realidade, situando o objeto fora do *self*. Para que isto aconteça, são necessárias condições favoráveis. (Winnicott, 1969i, p. 175)

A partir de então, o indivíduo estará em condições de estabelecer relações com objetos objetivamente percebidos, mas isso não implica em dizer que toda e qualquer comunicação pode ser estabelecida explicitamente e, no que concerne ao trabalho analítico, por meio da interpretação.

Ao longo do desenvolvimento emocional, à época em que as mães tornam-se objetivamente percebidas “seus bebês se tornaram mestres de várias técnicas de comunicação indireta, a mais óbvia das quais é o uso da linguagem” (Winnicott, 1965j, pp. 170-171). Entretanto, é preciso notar que, nesse contexto, o lactente desenvolve dois tipos de relacionamento ao mesmo tempo: com a mãe que se tornou objeto, mas também com a mãe ainda enquanto ambiente. “A mãe-ambiente é humana, e a mãe-objeto é uma coisa, embora também seja a mãe ou parte dela” (Winnicott, 1965j, p. 166). Isso significa dizer que subsiste, em todo indivíduo, um tipo de comunicação que é dada silenciosamente e, por isso, caracterizada como uma não comunicação, que está relacionado ao núcleo pessoal do eu, que é, para Winnicott (1965j, p. 166), “um isolado autêntico”.

Embora as pessoas normais se comuniquem e apreciem se comunicar, o outro fato é igualmente verdadeiro, que cada indivíduo é isolado, permanentemente sem se comunicar, permanentemente desconhecido, na realidade nunca encontrado. (Winnicott, 1965j, p. 170)

A concepção de um elemento no indivíduo que permanece para sempre isolado aponta para a importância concedida por Winnicott à comunicação estabelecidas nos moldes da transicionalidade, seja na vida, seja na relação analítica: “esse fato duro é amenizado por se compartilhar o que pertence a toda gama da experiência cultural” (Winnicott, 1965j, p. 170). Nesse sentido, Winnicott afirma que, na saúde, coexistem três modos de comunicação: comunicação que é para sempre silenciosa, comunicação que é explícita e a terceira ou intermediária forma de comunicação, “que é uma conciliação extremamente valiosa” (Winnicott, 1965j, p. 174). Será somente sobre as bases

desses modos de comunicação dados ainda sobre a área de onipotência pessoal, a saber, comunicação com objetos subjetivos e com objetos transicionais, que a comunicação com objetos objetivamente percebidos pode ocorrer sem a perda da identidade pessoal: “a partir de uma percepção e de uma relação criativa com o mundo, o bebê, pode se tornar capaz de sujeitar-se sem perder a dignidade” (Winnicott, 1968d, p. 91)

No âmbito da clínica, essa concepção aponta também para a necessidade de que esse elemento central incomunicável do *self*, que Winnicott considera sagrado, seja preservado e, para o risco de violação desse elemento que está envolvido no uso da técnica tradicional.

Estupro, ser devorado por canibais, isso são bagatelas comparados com a violação do núcleo do *self*, alteração dos elementos centrais do *self* varando as defesas. Para mim isto seria um pecado contra o *self*. Podemos compreender a raiva que as pessoas têm da psicanálise que penetrou um longo trecho personalidade humana adentro, e que provê uma ameaça ao ser humano em sua necessidade de ser secretamente isolado. (Winnicott, 1965j, p. 170)

A importância da preservação do elemento incomunicável do *self*, que diz respeito a um estado de repouso, faz-se, em última instância, em função do fato de que é desse núcleo que uma comunicação verdadeira pode se originar³⁴:

³⁴ Do mesmo modo que a comunicação se origina do silêncio, Winnicott compreenderia que o viver também se origina a partir do não viver: “num desenvolvimento normal o lactente (teoricamente) se inicia (psicologicamente) sem vida e adquire esta simplesmente por estar, de fato, vivo” (Winnicott, 1965j, p. 174). Essas concepções sustentam mais uma razão para a rejeição que Winnicott faz da oposição entre pulsão de vida e pulsão de morte como motores do existir humano: “não posso aceitar é que a vida tenha a morte como seu oposto (...) A morte só se torna significativa no processo vital do lactente quando chega o ódio, que ocorre em data posterior, distante dos fenômenos que utilizamos para construir a teoria das bases da agressão” (Winnicott, 1965j, p. 173).

O eu central que não se comunica, para sempre imune ao princípio da realidade e para sempre silencioso. Aí a comunicação é não-verbal, é como música das esferas, absolutamente pessoal. Pertence ao estar vivo. E normalmente, é daí que se origina a comunicação. (Winnicott, 1965j, p. 174)

Essa não comunicação simples, núcleo central de todo ser, de onde parte a comunicação como uma transição natural precisa ainda ser diferenciada do que Winnicott chama de não comunicação ativa ou reativa, de onde parte uma comunicação relativa à “negação do silêncio, ou a negação de uma não comunicação ativa ou reativa” (Winnicott, 1965j, p. 171), problemática relativa à constituição de um falso *self*, que pode se dar tanto em termos da saúde, quanto em termos da patologia.

A constituição de um falso *self* em termos patológicos tem sua etiologia, *grosso modo*, em cuidados maternos que não estão de acordo à criatividade originária, em uma situação em que o gesto do bebê é substituído pelo gesto da mãe, ao qual o bebê tem de se adaptar de forma submissa (Winnicott, 1965m). Um padrão de cuidados estabelecidos desse modo resulta numa divisão (*split*) do *self*, em que uma parte se comunica com o objeto subjetivo, na tentativa de manutenção e preservação do *self* verdadeiro, enquanto a outra parte do *self* comunica-se com o objeto objetivamente percebido sempre na base da submissão.

A comunicação sem saída (comunicação com objetos subjetivos) tem toda a sensação de ser real. Em contrapartida, tal comunicação com o mundo como ocorre com o falso *self* não parece ser real; não é uma comunicação verdadeira porque não envolve o núcleo do *self*, aquele que poderia ser chamado de *self* verdadeiro. (Winnicott, 1965j, p. 167)

Nestes casos, Winnicott (1965j) afirma que há um perigo de que o analista tome o falso *self* do paciente em análise e, desse modo, estabeleça uma espécie de conluio que, a despeito das boas interpretações do analista, não chegue a resultado nenhum. Novamente, nesse contexto, Winnicott adverte para a necessidade de que o analista espere por um gesto do paciente, o que implica em uma relativa suspensão do método fundado na interpretação.

Em tal análise um período de silêncio pode ser a contribuição mais positiva que o paciente pode fazer, e o analista fica então envolvido num jogo de espera. Pode-se naturalmente interpretar movimentos e gestos de todos os tipos, mas neste tipo de caso acho melhor que o analista espere. (Winnicott, 1965j, p. 171)

Winnicott (1965m) concebe que há vários graus de estabelecimento de uma personalidade falso *self*, que implicam em variedades clínicas que determinarão o tipo de cuidado a ser fornecido, um cuidado que é dado em termos de provisão ambiental, com base na comunicação silenciosa. Dentre os vários tipos de defesa falso *self*, há aquela que está relacionada com a saúde. Nesse caso, diz Winnicott (1965m, p. 131), “o falso *self* é representado pela organização integral da atitude polida e amável, um “não usar o coração na manga”, como se poderia dizer”. Isso implica em dizer que, mesmo em casos onde há um considerável grau de saúde, há sempre um elemento incomunicável, que não deve ser explicitado, apenas reconhecido como parte da comunicação silenciosa. Mais do que isso, que a própria concepção de saúde em Winnicott, leva em conta a necessidade de preservação do núcleo incomunicável do *self*.

Estou pressupondo que normalmente (maturo, isto é, no que concerne ao desenvolvimento de relações objetais) nas pessoas há uma necessidade de algo que corresponda ao estado da pessoa *split* na qual uma parte do *split* se comunica

silenciosamente com objetos subjetivos. Há um lugar para a ideia de que o relacionamento e a comunicação significativas são silenciosas. (Winnicott, 1965j, p. 168)

Uma vez que esses distintos modos de comunicação subsistem mesmo em pessoas maduras, o reconhecimento da comunicação não-verbal no âmbito clínico, além de permitir modificações técnicas que viabilizam o tratamento de patologias referidas ao desenvolvimento emocional primitivo, recolocam a questão da análise padrão e mesmo da interpretação na clínica winnicottiana, tema que será desenvolvido no capítulo a seguir.

Capítulo 3. A distinção heurística entre a interpretação e o manejo na prática psicoterápica psicanalítica para Winnicott

A necessidade de uma discussão que procure estabelecer distinções entre a interpretação e o manejo aponta para o fato de que, na psicanálise de Winnicott, não há um só procedimento clínico que caracterize seu método de tratamento. Há, em Winnicott, por outro lado, uma teoria geral que reconhece distintos tipos de problemas que requerem, por sua vez, distintos modos de cuidado. A psicanálise, tal como estabelecida por Freud edificou seu método de tratamento baseado na interpretação e, de modo geral, os casos que não se beneficiavam desse método eram então considerados inanalisáveis, embora pudessem ser explicados do ponto de vista teórico. Tendo em vista esse quadro, Winnicott viria afirmar que “é mais frequente que se discutam variedades de doença do que variedades de terapia”, explicitando que, de seu ponto de vista, “naturalmente, as duas estão interligadas” (Winnicott, 1984i, p. 263).

No contexto de sua reformulação teórica no que tange ao desenvolvimento emocional mais precoce e às patologias que encontram nele sua gênese, Winnicott viria a propor modificações significativas ao método de tratamento psicanalítico, distinguindo da análise padrão, baseada no procedimento interpretativo, o que ele viria a chamar de análise modificada, onde a ênfase recai sobre o manejo, que, conforme comenta Dias (2011a), ganha, em sua psicanálise, estatuto de procedimento terapêutico legítimo. Além disso, tal reformulação teórica, que reconhece tacitamente a importância do ambiente na vida psíquica, fornece as bases de uma redescrição do trabalho analítico padrão, que implica também em uma redefinição do trabalho interpretativo.

3.1. Sobre a análise padrão e a análise modificada

No que concerne às variedades de psicoterapia, Winnicott (1955d) estabelece três categorias gerais distintas. A primeira delas é relativa às psiconeuroses, onde as dificuldades se dão em termos de pessoas inteiras e de relacionamentos interpessoais. Segundo ele, “a técnica para o tratamento desses pacientes faz parte da psicanálise desenvolvida por Freud no início do século” (Id. Ibid., p. 375). Na segunda categoria, relativa às depressões, encontram-se os pacientes cuja personalidade recém começou integrar-se, de modo que encontram-se às voltas com a reunião do amor e do ódio na mesma pessoa, tendo, com isso, de lidar também com o reconhecimento do fato da dependência. Sobre esses casos, Winnicott afirma que:

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. Do ponto de vista aqui adotado, o elemento importante é a sobrevivência do analista na condição de fator dinâmico. (Id. Ibid.)

Finalmente, na terceira categoria, relativa às psicoses, estão os pacientes cuja personalidade não se constituiu e que remetem aos estágios muito iniciais do desenvolvimento emocional. Com relação a esses casos, Winnicott afirma que “a ênfase recai mais frequentemente sobre o manejo, e por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, o manejo ocupando a totalidade do espaço” (Id. Ibid.).

A estas três categorias, pode-se acrescentar também, como Winnicott o faz em alguns momentos (Cf. Winnicott, 1984i), os problemas de deprivação, ou seja, da retirada abrupta de cuidados ambientais que foram inicialmente satisfatórios, que constituem a gênese da tendência antissocial. Com relação a

esses casos, Winnicott também propôs mudanças significativas da técnica que foram descritas em termos de manejo³⁵.

Dessas considerações, poder-se-ia estabelecer um primeiro delineamento em termos da diferenciação entre análise padrão e análise modificada, a saber, enquanto a primeira se aplica aos casos em que se pode tomar como dada a estruturação da personalidade (neuroses e depressões), a segunda se aplica aos casos em que a personalidade não se estruturou ou se estruturou de modo muito precário (psicoses e tendência antissocial). Em termos de método, à análise padrão corresponderia a interpretação, enquanto que à análise modificada corresponderia o manejo.

É importante, no entanto, notar que tal sistematização é útil, mas extremamente simplificada. Segundo Winnicott, qualquer descrição em termos de classificação diagnóstica será insatisfatória, uma vez que “em psiquiatria não existem fronteiras claras entre estados clínicos” (1989vl-a, p. 53), mas, conforme ele mesmo acrescenta, “a fim de chegar a algum lugar, temos que fingir que existem” (Id. Ibid.). Com base nessas considerações, no capítulo seguinte, caracterizaremos o manejo em termos da nosografia winnicottiana, mas antes, faz-se necessário aqui explicitar que, assim como as patologias exibem superposições, o mesmo ocorre com o método de tratamento: “um tipo de análise não exclui o outro. Encontro-me sempre escorregando de um para o outro e vice-versa, segundo a tendência do processo inconsciente do paciente” (Winnicott, 1956a, p. 398).

A distinção entre análise padrão e análise modificada mostra-se, pois, nem sempre tão nítida, o que nos exige algumas considerações preliminares. Em primeiro lugar, é preciso notar que, para Winnicott, se bem o desenvolvimento de uma neurose, ou mesmo de uma depressão reativa, indica um grau considerável de saúde, a saúde sempre implica em uma certa dose de dependência, o que significa dizer que, o ambiente nunca estará, na saúde, divorciado do viver. (Winnicott, 1971f, 1986f). Vale notar, neste sentido, que, ao último dos estágios do desenvolvimento, que compreende a maturidade, ele

³⁵ Cf. seção 2.2 do Capítulo 2 e seção 4.4 do Capítulo 4 desta tese.

denominou Independência Relativa, indicando que uma independência completa ou absoluta não é aceitável no que diz respeito à descrição da saúde: “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, 1965r, p. 80).

Considerando, nesse sentido, 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” (Winnicott, 1988, p. 179), Winnicott chega a questionar a pertinência de um diagnóstico em termos de “neurose pura” (Cf. Winnicott, 1989vl-a, p. 58) e, nesse caminho, afirma que como analistas “não podemos restringir nosso trabalho à análise das neuroses”, uma vez que “à medida que nosso trabalho se torna mais profundo e abrangente, descobrimos elementos psicóticos (...) em nossos pacientes neuróticos” (Winnicott, 1965vd, p. 207).

Do ponto de vista clínico, isso implica em dizer que, mesmo em análises de pacientes tipicamente neuróticos, – onde o método padrão baseado na interpretação é, a princípio, o mais indicado – há momentos em que estão em jogo aspectos mais primitivos do desenvolvimento emocional, exigindo a substituição da tarefa interpretativa por uma atitude analítica que é descrita por Winnicott em termos de compreensão:

Devemos permitir que a análise vá mais fundo, quando necessário, e não é preciso que o paciente esteja muito doente para, de vez em quando, ser uma criança durante a sessão analítica. Nesses momentos ocorrem muitas coisas que é preciso compreender sem recorrer a descrição verbal imediata. (Winnicott, 1958f, p. 263)

Compreender³⁶, neste sentido, implica no reconhecimento por parte do analista da imaturidade, ainda que momentânea, do paciente e de sua necessidade de não ser invadido. Implica, pois, em uma sustentação ambiental silenciosa que pode ser descrita em termos de manejo. Desse modo, com Winnicott, faz-se possível pensar que, em um mesmo tratamento, diversos tipos de necessidades podem fazer-se presentes, requerendo ora interpretação, ora manejo, o que nos coloca como questão os meios de que o analista dispõe para identificar o tipo de cuidado necessário, dado que a classificação diagnóstica geral mostra-se insatisfatória.

Winnicott, conforme citado acima, afirma que, ao escorregar entre um tipo de tratamento e outro, o que o analista tem como guia é a tendência do processo inconsciente do paciente, o que permite afirmar, com Naffah Neto, que “o que legitima o uso da interpretação” e, pode-se acrescentar, do manejo, “como ferramenta clínica, na clínica winnicottiana, não é o mero diagnóstico diferencial das patologias em questão – muito embora ele seja *fundamental* –, mas o *tipo* de transferência que está em curso” (Naffah Neto, 2010, p. 79).

Faz-se assim necessário, aqui, explicitar a ampliação do conceito de transferência proposto por Winnicott, não mais descrito somente em termos de neurose de transferência, “para qual certamente é preciso que haja um ego, e na verdade um ego intacto, capaz de manter defesas contra a ansiedade derivada dos instintos – e de assumir a responsabilidade pelas mesmas” (Winnicott, 1956a, p. 394), mas também em termos da psicose de transferência.

O estudo do desenvolvimento emocional infantil e a análise de pacientes, sobretudo, psicóticos, permitiram a compreensão de um tipo de “transferência dominada pela necessidade do paciente de regredir à dependência” (Winnicott, 1960a, p. 150). Nesse sentido, Winnicott afirma que, no trabalho analítico que se realiza por meio de interpretações verbais relativas ao material surgido a partir da neurose de transferência, o analista “fatura o sucesso daqueles que

³⁶ No capítulo seguinte, encontra-se uma discussão sobre o manejo na clínica das neuroses e este caracteriza-se, entre outras coisas, por uma atitude de compreensão do analista (Cf. seção 4.1. do Capítulo 4 desta tese).

fizeram o trabalho braçal, quando o paciente era um bebê” (Winnicott, 1949f, p. 280). Por outro lado, no tipo de trabalho em que a regressão à dependência se apresenta como um aspecto central, o analista terá, ele mesmo, de realizar diversas funções ambientais, que correspondem aos cuidados maternos que deveriam ter ocorrido no início do desenvolvimento, onde a estruturação do ego ainda não podia ser tomada como um fato. Nesses casos, “o analista irá encontrar-se em uma posição comparável à da mãe de um bebê recém-nascido” (Winnicott, 1949f, p. 286). A esse respeito Winnicott afirma ainda:

Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste tipo de trabalho é mais correto dizermos que o presente retorna ao passado, e é o passado. O analista encontra-se assim confrontado com o processo primário do paciente, quando este tinha seu valor original. (Winnicott, 1956a, p. 396)

A ampliação do conceito de transferência em Winnicott, no entanto, não diz respeito somente à definição da psicose de transferência, mas também a uma redefinição da própria neurose de transferência. Tal como estabelecida por Freud, a neurose de transferência, supõe um ego estabelecido, com capacidade de absorver os fenômenos da vida instintiva e de estabelecer relações de objetos, sendo estas, no entanto, dessa perspectiva, movidas pela vida instintual. Winnicott, por outro lado, ao definir o trabalho da análise padrão que é baseado na neurose de transferência, atribui-lhe um sentido de comunicação, em especial, àquela dada nos moldes dos fenômenos transicionais que, por definição, não se resume à busca da satisfação instintual, mas a um tipo de relação com o ambiente cujas fronteiras não estão claras, possibilitando manter conectados, embora, paradoxalmente separados, mundo subjetivo e mundo objetivo³⁷.

³⁷ Essa redescritção incide sobre também sobre uma redefinição dos sentidos e funções da interpretação na clínica winnicottiana. A este respeito, Cf. seção 3.2. deste capítulo.

O que devo tentar conceituar aqui é o significado para mim da expressão análise padrão. Isto significa para mim me comunicar com o paciente da posição em que a neurose (ou psicose)³⁸ de transferência me coloca. Nesta posição eu tenho algumas características de um fenômeno de transição, uma vez que, embora eu represente o princípio da realidade, e seja eu quem mantém o olho no relógio, nem por isso deixo de ser um objeto subjetivo para o paciente. (Winnicott, 1965d-b, pp. 152-153)

A introdução do tema da comunicação nos moldes dos fenômenos transicionais no que concerne à análise padrão implica, pois, em dizer que, por um lado, os fenômenos transicionais apoiam significativamente as relações vividas em termos de objetos objetivamente percebidos e, por outro lado, que sua existência depende fundamentalmente da manutenção do objeto subjetivo, constituído a partir da adaptação ambiental. Este é outro modo de dizer que o paciente pode apresentar diversos tipos de necessidades ao mesmo tempo, embora, na condução do tratamento, seja sempre necessário reconhecer o problema essencial tal como ele aparece na transferência.

³⁸ Embora Winnicott, nesta citação, caracterize a análise padrão em termos de comunicação transicional também no que se refere à psicose, é preciso notar que, tendo em vista o conjunto de sua obra, não se pode supor que um psicótico já tenha estabelecida a capacidade para se relacionar nesses termos. A inclusão do tema da psicose, nesse sentido, parece poder ser interpretada tendo em vista que, ao longo de seus desenvolvimentos teórico-clínicos, Winnicott assimilou de tal modo à necessidade de modificação da técnica para certas situações clínicas, a ponto de lhe parecerem inerentes ao tratamento padrão, ou, pelo menos, de não ser necessário estabelecer fronteiras claras entre os dois tipos de tratamento. À guisa de exemplo, a citação a seguir, mostra uma despreocupação em delimitar o sentido de uma psicanálise propriamente dita: “quando um psicanalista está trabalhando com pessoas esquizóides (*chame isso análise ou não*), as interpretações visando o insight se tornam menos importantes, e a manutenção de uma situação adaptativa ao ego é essencial. A consistência da situação é uma experiência primária, não algo a ser recordado ou revivido na técnica do analista” (Winnicott, 1965vd, p. 216, grifos meus). A pertinência de uma interpretação nessa linha parece também tornar-se mais clara a partir das distinções propostas por Winnicott entre “ser um psicanalista” e “realizar um tratamento”, tema que desenvolveremos mais adiante.

Além da distinção mais geral entre neurose e psicose de transferência, Fulgencio distingue, neste sentido, três modos básicos de viver a transferência, que correspondem aos três modos de ser inerentes à condição humana: a transferência em que o analista é predominantemente um objeto subjetivo, onde o tratamento deverá levar a experiência de ser a partir de si mesmo; a transferência de tipo transicional, onde paciente e analista compartilham um mundo comum, vivendo a experiência paradoxal de distinção e união de si mesmo com o outro e; por fim, a transferência em que o analista é um objeto objetivamente percebido; onde paciente e analista compartilham de uma realidade, reconhecendo, porém, que ela tenha características distintas para cada um, dadas pelas nuances dos fenômenos de projeção, introjeção e identificação que são elaborados por intermédio da fantasia. Segundo Fulgencio, “no caso do neurótico, há uma luta constante entre a percepção da realidade objetiva e a fantasia que envolve a realidade externa (a realidade de seu passado ou de seu presente)” (Fulgencio, 2012, p. 06), sendo o trabalho da análise direcionado a distinguir fato de fantasia, mediante o trabalho de interpretação.

Embora tenhamos, neste último caso, um exemplo claro do que seria o trabalho de uma análise padrão, baseado na necessidade do uso da interpretação clássica, é preciso notar que, segundo Winnicott, para que um ser humano possa chegar a experimentar relações com o mundo desse modo, muito em termos de amadurecimento já ocorreu, o que significa dizer que já houve uma aquisição bem fundamentada do objeto subjetivo e do objeto transicional e que, na verdade, estes formam as bases para as relações vividas em termos de objetos objetivamente percebidos. O objeto transicional fornece, neste contexto, uma ponte entre a realidade subjetiva e a realidade objetivamente percebida e é, sobretudo, nessa área, que a psicoterapia se efetua, ou, dito de outro modo, a psicoterapia é um instrumento que visa o desenvolvimento dessa capacidade.

Neste sentido, mesmo no contexto de uma análise padrão, cabe ao analista não somente interpretar, mas ser capaz de brincar. Segundo Winnicott, o princípio geral de uma psicoterapia é o de que ela é “efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta” e, desse

modo, “se o terapeuta não sabe brincar, então ele não se adequa ao trabalho” (Winnicott, 1971r, p. 80). Com isso, Winnicott introduz, outra vez, elementos que dizem respeito ao ambiente real, ao modo de ser e de se comportar do analista, como parte fundamental e inerente ao tratamento, mesmo no contexto de uma análise padrão.

Dessas formulações, pode-se apreender um sentido de manejo sempre presente no contexto de um tratamento padrão, que se evidencia também a partir da leitura winnicottiana das funções do *setting*. Afora todo o trabalho interpretativo, Winnicott (1955d) iria salientar todos os aspectos de provisão ambiental – pontualidade, constância, amor e ódio podendo ser expressos honestamente e sem excessos, entre outros – que estão contidos no *setting* proposto por Freud, mas que não foram considerados por ele como elementos significativos a ponto de serem tomados como problemas teórico-clínicos: “Freud considera óbvia a situação da maternagem inicial, e minha alegação é a de que *isto transparece no contexto por ele estabelecido para poder trabalhar sem saber muito bem o que estava fazendo*” (Winnicott, 1955d, p. 381).

Freud, como sabemos, fundamentou a necessidade de um *setting* estabelecido rigorosamente como forma de isolar a transferência que, desde sua perspectiva, se expressaria sempre em termos de resistência, tornando-a acessível à intervenção analítica mediante a interpretação. Nesse contexto, a utilização do divã traz uma importante contribuição, na medida em que não permite ao paciente levar-se pelas expressões do analista, permanecendo, suas associações, determinadas por sua própria história de vida. Winnicott, por outro lado, salienta do *setting*, a função de simbolização dos cuidados maternos que, em casos cujo desenvolvimento inicial transcorreu bem, se tornaram bem instaurados a ponto de poderem ser representados psiquicamente (Winnicott, 1955d). Entretanto, considerando a situação de interdependência do ambiente que, segundo Winnicott, faz parte da maturidade, a provisão ambiental fornecida pelo *setting* analítico continua sempre a ser um elemento importante do tratamento, o que implica no fato de que o manejo ganha, por assim dizer, um estatuto de princípio geral da clínica winnicottiana:

Sempre que há um ego intacto e o analista pode ter certeza sobre a qualidade dos cuidados iniciais, o contexto analítico revela-se menos importante que o trabalho interpretativo (...) Ainda assim existe um conjunto de normas de manejo na análise comum razoavelmente aceito por todos os analistas. (Winnicott, 1956a, p. 395)

Por outro lado, nos casos onde a provisão ambiental inicial foi falha ou precária e cuja análise chegará a algum tipo de regressão, o manejo, enquanto provisão e manutenção do *setting* assume uma importância vital no tratamento: “o ponto central aqui é o de que praticamente cada um desses detalhes [do *setting*] pode ser de extrema importância numa dada fase da análise que envolva alguma regressão do paciente” (Winnicott, 1955d, p. 383). A este respeito, Winnicott afirma ainda:

Há uma enorme diferença entre os pacientes que tiveram experiências positivas no início, pois essas podem ser descobertas na transferência, e aqueles cujas experiências iniciais foram tão deficientes ou distorcidas que o analista terá de ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certos elementos essenciais do ambiente. No tratamento de pacientes desse último tipo, muitas coisas normais da técnica analítica tornam-se de importância vital, coisas que passam por óbvias no tratamento de pacientes do tipo anterior. (Winnicott, 1949f, p. 282)

Para o paciente neurótico, o analista e todos os detalhes do *setting* representam ou simbolizam os cuidados iniciais satisfatórios. Para o paciente psicótico (ou atravessando um estado psicótico), a necessidade de um cuidado real se faz indispensável, a medida em que, em tais situações, o ambiente inicial foi tão precário, que muito pouco pode ser experienciado em termos de

cuidado, inviabilizando, portanto, o desenvolvimento da capacidade para simbolizar ou representar cuidados. O *setting*, nesse sentido, assume a função de provisão ambiental direta:

Para o neurótico, o divã, o calor e o conforto podem simbolizar o amor da mãe. Para o psicótico seria mais correto dizer que essas coisas são a expressão física do amor do analista. O divã é o colo ou o útero do analista, e o calor é o calor vivo do corpo do analista. (Winnicott, 1949f, p. 283)

Em estado regredido, o paciente encontra-se em condição de dependência do analista, tal qual um bebê de sua mãe, a ponto de amalgamar-se com o contexto – incluindo aí o analista e todos os detalhes do *setting* – a fim de criar uma nova condição de cuidado e, por assim dizer, um novo começo. Winnicott observa, nesse sentido, que, uma vez que Freud compreendeu o complexo de Édipo como o complexo nuclear das neuroses, o *setting* pensado por ele comporta sempre três pessoas (o paciente, o analista e um terceiro), enquanto que, considerando os estados de regressão na clínica, faz-se necessário pensar em um *setting* em que apenas uma pessoa, o paciente, esteja presente, em um estado em que não se pode supor qualquer diferenciação (Winnicott, 1955d). Aqui, onde o cuidado prioritário é realizado pelo analista em termos de manejo do *setting*, estamos no âmbito da análise modificada.

No texto “Os objetivos do tratamento psicanalítico” (Winnicott, 1965d-b), onde discute a modificação da técnica para certos casos, Winnicott salienta a importância da identificação, em termos de transferência e cuidado no *setting*, de “quando nos tornamos representantes modernos das figuras paternas da infância e da meninice do paciente”, o que caracteriza a necessidade de análise modificada, “e quando, em contrapartida, estamos deslocados por tais figuras” (Winnicott, 1965d-b, p. 153), indicando o procedimento de análise padrão. Neste último caso, onde já há alguma distinção entre passado e presente, entre objeto subjetivo e objeto objetivamente percebido, a

interpretação cumpre sua função, na medida em que “o material do processo secundário é aplicado ao material do processo primário, como uma contribuição à integração e ao crescimento” (Winnicott, 1965d-b, p. 153). A este respeito, Winnicott afirma ainda:

Uma interpretação correta e oportuna no tratamento analítico produz uma sensação de estar sendo fisicamente seguro, que é mais real (para o não psicótico) do que se ele estivesse sendo concretamente embalado ou posto no colo. A compreensão penetra mais fundo, e através da compreensão demonstrada pelo uso da linguagem, o analista embala o paciente fisicamente no passado, ou seja, na época em que havia necessidade de estar no colo, quando o amor significava adaptação e cuidados físicos. (Winnicott, 1988, p. 80)

Por outro lado, quando o paciente indica na transferência que a necessidade de cuidados iniciais pertence ao aqui e agora, estando o analista na posição de objeto subjetivo, a modificação do método se faz premente: “me modifico no sentido de ser um psicanalista que satisfaz, ou tenta satisfazer, as necessidades de um caso especial” (Winnicott, 1965d-b, p. 154).

Nota-se que, ao referir-se à modificação do método, Winnicott afirma “ser um psicanalista”, mas praticando outra coisa que acredite ser mais apropriada para a ocasião. Esta afirmação contém aquilo que Winnicott considera ser a essência de um tratamento psicanalítico, não restrito à aplicação de uma técnica, redutível a um simples “fazer”.

A análise não consiste apenas no exercício de uma técnica. É algo que nos tornamos capaz de fazer quando alcançamos um certo estágio na aquisição da técnica básica. Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um processo, processo este que em cada

paciente possui o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo. Todos os aspectos importantes desse processo originam-se no paciente, e não em nós enquanto analistas (374 PP)

“Ser um psicanalista”, neste sentido, indica a capacidade do analista, enquanto pessoa, de fornecer os cuidados necessários, conforme as necessidades do paciente se apresentem e não conforme suas próprias necessidades. Nesse caminho, discutindo a distinção entre psicoterapia e psicanálise, Winnicott afirma não ser capaz de fazê-la, compreendendo que “estas palavras podem significar a mesma coisa e muitas vezes significam” (Winnicott, 1958h, p. 107). A questão que, para ele, se coloca é “teve o terapeuta treinamento analítico ou não?” (Winnicott, 1958h, p. 106). Isto porque, para Winnicott, o tratamento analítico não resume mais à interpretação do inconsciente reprimido e dos processos inconscientes que animam as relações transferenciais *stricto sensu*, mas ao fornecimento de diversos tipos de provisão ambiental – nos quais a interpretação pode estar contida, mas não necessariamente –, sendo o fundamental a compreensão psicanalítica do que se passa com o paciente como orientação para eleição do tipo de tratamento mais apropriado.

Essas considerações permitem ainda a compreensão de um sentido mais amplo da análise modificada e do manejo que diz respeito a provisões ambientais fora do âmbito do *setting* psicanalítico propriamente dito. Isso pode ocorrer paralelamente ao tratamento psicanalítico, quando, por exemplo, uma situação de regressão à dependência ultrapassa os limites do *setting*, exigindo do analista algum tipo de organização do ambiente total e imediato do paciente, ou, pode ocorrer independente de um tratamento psicoterápico ou psicanalítico, o que se realiza com base em um diagnóstico inicial, a partir do qual se torne claro que a necessidade principal do paciente é de provisão ambiental total. A este respeito, Winnicott afirma:

O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico com o continuar do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico. Neste sentido, faço psicanálise quando o diagnóstico é de que este indivíduo, em seu ambiente, quer psicanálise. Posso até tentar estabelecer uma cooperação inconsciente, ainda que quando o desejo consciente pela psicanálise esteja ausente. Mas, em geral, análise é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la. (Winnicott, 1965d-b, p. 154)

A questão que se coloca neste contexto, é sobre que parâmetros diagnósticos Winnicott se apoia para a realização de um tratamento nos moldes da análise modificada. Em “Os objetivos do tratamento psicanalítico”, ele aponta as seguintes situações clínicas:

- a) Quando o temor da loucura domina o quadro.
- b) Quando um falso *self* se torna bem sucedido e a fachada de sucesso, mesmo brilhante, tem de ser demolida em alguma fase para a análise ter êxito.
- c) Quando, em um paciente, uma tendência antissocial, seja em forma de agressão, roubo ou ambas, é o legado de uma privação.
- d) quando não há vida cultural, somente uma realidade psíquica interna e um relacionamento com a realidade externa, estando as duas relativamente desconectadas.
- e) quando uma figura materna ou paterna doente domina o quadro. (Winnicott, 1965d-a, pp. 168-169)

A primeira situação clínica refere-se a pacientes que tiveram, em sua história muito inicial, experiências significativas de rompimento da continuidade

de ser, que, clinicamente, aparecem por meio de diversos tipos de estratégias defensivas contra o temor da loucura que, nesse contexto, pode ser compreendido como um temor a desintegração (Winnicott, 1974). Dentre essas defesas, as chamadas defesas primárias³⁹, encontra-se a cisão exacerbada entre falso e verdadeiro *self*, que já é relativa à segunda situação clínica acima citada. Estas são problemáticas relativas à psicose, categoria que indica claramente a necessidade de análise modificada, embora, as defesas do tipo falso-*self* possam também ocorrer de forma menos acentuada – na forma de uma dissociação, por exemplo – caracterizando problemáticas não psicóticas, mas que, ainda sim, exigem modificação expressiva do método, em especial, pelo risco de análise se efetuar em torno da personalidade falsamente estruturada (Winnicott, 1965h-a, 1965m). A terceira situação clínica refere-se aos problemas de deprivação que levam ao desenvolvimento de uma tendência antissocial e a quarta, relativa ao problema da ausência de vida cultural, pode ser pensada tanto em termos de uma psicose quanto de uma tendência antissocial. Ambas podem envolver dificuldades em torno das conquistas relativas ao estágio da transicionalidade, impedindo ou prejudicando o desenvolvimento de uma relação com a realidade que diga respeito, ao mesmo tempo, ao ser pessoal, um tipo de relação que forma as bases para a vida cultural, segundo Winnicott.

Até aqui, basicamente, psicoses, tendência antissocial e algumas outras problemáticas em torno da estruturação falso-*self* indicam a necessidade de análise modificada⁴⁰, apontando, portanto, para diagnósticos em termos pessoais, embora, em Winnicott, haverá sempre um diagnóstico ambiental em questão, ainda que relativo à história de vida do paciente. Entretanto, a

³⁹ Uma classificação das defesas primárias encontra-se na seção 4.3. do Capítulo 4 desta tese.

⁴⁰ A caracterização do tipo de cuidado analítico em termos de manejo e de modificação do método aplicado à nosografia winnicottiana é tema do Capítulo 4 desta tese. Nele, é analisado em detalhes o tratamento proposto por Winnicott aos casos de psicose e tendência antissocial. (Cf., em especial, seção 4.3 e 4.4). Quanto às problemáticas em torno da estruturação falso-*self*, são analisados, no Capítulo 5, dois casos clínicos de Winnicott que ajudam a esclarecer os tipos de cuidado específicos necessários a estes casos. Em um dos casos a defesa falso-*self* é produto de uma cisão e encobre uma psicose e, no outro, é produto de uma dissociação, o que permitiu incluir uma breve discussão sobre as falhas ambientais em termos de deprivação que levam ao desenvolvimento de uma tendência antissocial ou de outro tipo de organização patológica, como é o caso em questão, além de uma discussão sobre a pobreza cultural.

apresentação mais clara de um diagnóstico em termos ambientais é apontada pela quinta situação clínica descrita, e será, basicamente, apoiado neste tipo de diagnóstico, que Winnicott fundamentará práticas clínicas, em termos de análise modificada, que não se reduzem ao *setting* psicanalítico tradicional.

Além do diagnóstico relativo ao adoecimento do ambiente imediato, a ponto de que nenhum desenvolvimento, mesmo com grandes esforços psicoterápicos, possa ocorrer, pelo menos outros dois motivos gerais podem ser recolhidos ao longo da obra de Winnicott para indicação de um tratamento não psicanalítico, embora baseado na teoria psicanalítica: casos em que a patologia tornou-se tão gravemente estabelecida que, na ausência de uma provisão ambiental imediata, nenhum trabalho de psicoterapia pessoal pode ser eficientemente realizado e situações, que se aplicam mais aos casos de criança, em que o ambiente direto tem condições de promover uma sustentação ambiental mais efetiva do que a do trabalho psicoterapêutico ou, compõe com este o cuidado global necessário, sem o qual a psicoterapia fracassaria.

Tais situações explicitam a necessidade de que a clínica seja também pensada em termos econômicos, em especial, se tivermos em vista demandas institucionais, fundamentando o desenvolvimento de outras modalidades de atendimento, entre as quais, as que foram praticadas por Winnicott: as consultas terapêuticas, o atendimento de caso, a psicanálise sob demanda e o tratamento cuja condução é compartilhada com os pais da criança⁴¹.

Desta discussão, dois pontos merecem ser enfatizados como forma de elucidar as proposições winnicottianas quanto ao manejo e a análise modificada. Em primeiro lugar que, para Winnicott, o procedimento interpretativo não é o que define o método psicanalítico. Ele afirma: “descobri que não é necessário sair do papel de analista e que é possível seguir a

⁴¹ A apresentação e análise das distintas modalidades de atendimento praticadas por Winnicott será realizada na seção 5.2 do Capítulo 5 desta tese, sendo importante ressaltar, por agora, que o desenvolvimento de tais modalidades conta com o fato de que o tratamento pode ser realizado fundamentalmente por uma nova provisão ambiental, que pode ser conseguida, no caso mais simples, no âmbito da vida em família e, em casos mais graves, necessitando de intervenção institucional, porém, na maior parte das vezes, prescindindo de psicoterapia.

liderança do inconsciente do paciente nesse tipo de tratamento [análise modificada] tanto quanto na análise da neurose. Existem, no entanto, diferenças entre os dois tipos de trabalho” (Winnicott, 1956a, p. 395), nos permitindo afirmar que o manejo é, em sua perspectiva, uma legítima ampliação do método psicanalítico. Em segundo lugar, apresenta-se, pois, um segundo sentido de manejo não redutível à psicanálise propriamente dita, que diz respeito a provisões fornecidas por outros ambientes, independentes ou relativamente independentes do *setting* psicanalítico⁴².

⁴² A este respeito ver itens 4.3 e 4.4 do Capítulo 4 e 5.2. e 5.3 do Capítulo 5.

3.2. Os sentidos da interpretação na obra de Winnicott e a interpretação como manejo

As mudanças no método de tratamento, que decorrem dos desenvolvimentos teóricos de Winnicott sobre os estágios iniciais do desenvolvimento infantil, não só questionam a utilidade da interpretação na clínica, como também fazem notar uma redescritção deste procedimento em termos de suas características e de suas funções. O termo interpretação é utilizado em Winnicott para descrever distintas formas de comunicação que não se resumem à revelação do sentido oculto ou latente do material manifesto e, como comenta Dias, Winnicott utiliza muitas vezes esse termo “de maneira inercial, sem discriminar explicitamente se ele está se referindo à interpretação padrão ou à interpretação tal como ele concebe” (Dias, 2011b, p. 232). Trata-se, pois, de mostrar, alguns dos sentidos que Winnicott atribui à interpretação, entre os quais pode ser explicitada a dimensão de provisão ambiental e, nesse sentido, de manejo.

No texto “Os objetivos do tratamento psicanalítico” (Winnicott, 1965d-b), Winnicott salienta dois aspectos importantes do uso da interpretação: a função de mostrar os limites de sua compreensão, retendo certa qualidade externa e a característica econômica da interpretação. A este respeito afirma:

Digo uma coisa, ou digo uma coisa em duas ou três partes.
Nunca uso frases longas, a menos que esteja muito cansado.
Se estou próximo do ponto da exaustão, me ponho a ensinar.
Além disso, na minha opinião, uma interpretação que contém a expressão “além disso” é uma sessão de ensino (Winnicott, 1965d-b, p. 153)

Tais preocupações com relação ao uso da interpretação decorrem de sua compreensão de que o tratamento psicanalítico padrão, tal como desenvolvemos acima, ainda que exija interpretações nos moldes tradicionais,

se realiza prioritariamente na área da transicionalidade, o que, em outro momento, foi assim descrito: “a psicanálise foi desenvolvida como uma forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros” (Winnicott, 1968i, p. 63). Sendo assim, qualquer interpretação deve, para Winnicott, ser realizada a partir de um sinal do paciente, ao qual o analista corresponde, possibilitando a criação do espaço potencial, para o qual se faz necessário uma certa externalidade. Este é o sentido da afirmação de Winnicott sobre a importância de que o analista possa, através da interpretação, mostrar os limites de sua compreensão e “não acertar sempre no alvo” (Winnicott, 1965d-b, p. 153) e, nesse mesmo sentido, caminha seu entendimento de que as interpretações devem ser econômicas, ou seja, para que não se incorra no risco de romper com o espaço potencial possibilitado pela análise. O perigo aqui é:

o de que esse espaço potencial possa ser preenchido com o que nele é injetado a partir de outrem que não o bebê. Parece que tudo que provenha de outrem, nesse espaço, constitui material persecutório, sem que o bebê disponha de meios para rejeitá-lo. Os analistas precisam estar atentos para evitar a criação de um sentimento de confiança e uma área intermediária em que a brincadeira possa se efetuar e, depois, injetar nessa área ou inflá-la com interpretações que, com efeito, provém de suas próprias imaginações criativas. (Winnicott, 1967b, p. 141)

Qualquer que seja a interpretação, ela deve, para Winnicott (1960c), estar dentro da área de onipotência do paciente ou, em outros termos, pronta para ser criada, razão pela qual Winnicott afirma de forma simples, porém precisa, que o momento de interpretar “é o momento mais cedo em que o material torne claro o que interpretar” (Winnicott, 1958h, p. 112), indicando, pois, o que Phillips (1988) interessadamente chamou de “jogo da interpretação”, ou seja, um tipo de comunicação dada na forma do brincar.

Isto implica no fato de que nem tudo que um analista pode compreender de uma dada sessão é material para interpretação, mas somente aquilo que o paciente traz como material que está a ponto de ser elaborado, ou seja, que se encontre dentro da área de experiência pessoal, de modo que a contribuição do analista se configure como uma resposta ao gesto produzido pelo próprio paciente. Asseverando a necessidade de que o analista seja econômico em suas interpretações, Winnicott afirma:

Um dos princípios mais importantes da técnica psicanalítica é o de que o contexto é fornecido a fim de que o paciente possa lidar com uma coisa de cada vez. Nada é mais importante em nosso trabalho do que a tentativa de perceber qual é a coisa específica que o paciente traz para ser interpretada ou revivida a cada sessão. Um bom analista limita as suas interpretações e seus atos ao elemento exato trazido pelo paciente. Não é boa a prática de interpretar tudo aquilo que se acredita haver compreendido, agindo a partir de suas próprias necessidades, e desse modo jogar fora a tentativa do paciente de sair-se bem, lidando com uma coisa de cada vez. Parece-me que este princípio é tão mais importante quanto mais avançamos rumo ao início da vida. (Winnicott, 1958f, p. 275)

O entendimento da interpretação como algo a ser criado pelo paciente assume, em Winnicott, uma importância fundamental, muitas vezes, maior que a revelação do próprio conteúdo em questão e, outras vezes, lhe servindo de base. Ele escreve: “interpretação fora do amadurecimento é doutrinação e produz submissão. Em consequência, a resistência surge da interpretação dada fora da área de superposição do brincar em comum de paciente e analista”. E a resistência – bem como os conteúdos psíquicos que a determinam – não deve ser interpretada, mas, ao contrário, ela indica que houve uma falha do analista: “a interpretação que não funciona significa, sempre que a fiz no momento errado ou da maneira errada, e a revogo incondicionalmente” (Winnicott, 1971vc, pp. 17-18). Assim, Phillips,

comparando a interpretação no sentido winnicottiano com aquele tradicionalmente estabelecido pela psicanálise, comenta: “uma boa interpretação, poder-se-ia dizer, é alguma coisa sobre a qual o paciente seja capaz de ponderar. Não é uma senha de acesso”. (Phillips, 1988, pp. 201-202)

A partir dessas formulações, pode-se reconhecer que a interpretação, em Winnicott, assume o propósito de facilitação da comunicação, para a qual é necessário, em todos os casos, algum tipo de adaptação do analista, tornando possível afirmar que, na prática interpretativa winnicottiana, sempre estão contidos aspectos de manejo. Para Winnicott, aquilo que viria a caracterizar uma prática interpretativa é uma comunicação do tipo verbal: “a palavra interpretação indica que estamos utilizando palavras, e há uma implicação ulterior de que o material fornecido pelo paciente é verbalizado”. (Winnicott, 1989o, p. 163). As palavras são assim utilizadas como forma de comunicar ao paciente a disponibilidade e presença reais do analista.

O propósito da interpretação deve incluir um sentimento que o analista tem de que foi feita uma comunicação que precisa ser reconhecida (...) Na forma mais simples, o analista devolve ao paciente o que este comunicou. Pode facilmente acontecer que o analista ache que isto é uma ocupação fútil, porque, se o paciente comunicou algo, qual é o sentido de dizê-lo de volta, exceto naturalmente pelo intuito de informar ao paciente de que o que ele disse foi ouvido e que o analista está tentando alcançar corretamente o sentido. (Winnicott, 1989o, p. 164)

Devolver a comunicação em palavras, salienta ainda Winnicott, “dá ao paciente a oportunidade de corrigir os mal-entendidos” (Winnicott, 1989o, p. 164), o que deve necessariamente ser aceito, dado que o paciente só pode compreender e utilizar aquilo que encontra-se dentro de seu campo de experiência pessoal, o que, em última instância, significa dizer que é somente nesses termos que pode haver uma comunicação verdadeira (Winnicott, 1989o).

Entendida, sobretudo, como uma comunicação, que tem como objetivo dar a conhecer ao paciente um sentido de provisão ambiental, a interpretação assume, em Winnicott, características inusuais:

Uma paciente cravou suas unhas em minha mão num momento em que seus sentimentos eram intensos, e minha interpretação foi: “Uau!” Isto praticamente não envolveu o uso de meu aparato intelectual, e foi bastante útil, uma vez que surgiu imediatamente (e não em seguida a uma pausa ou inflexões), fazendo minha paciente ver que minha mão estava viva, que fazia parte de mim e que eu ali me encontrava para ser usado. Ou, como talvez eu pudesse dizer, posso ser utilizado desde que sobreviva. (Winnicott, 1968d, p. 85)

O que permite conceituar uma comunicação desse tipo como interpretação é o entendimento da comunicação verbal como uma sofisticação da comunicação silenciosa, dito de outro modo, qualquer que seja a comunicação verbal, para ser verdadeira, deve estar sempre apoiada em um tipo mais básico e sutil de comunicação. Isto implica em dizer que é o estabelecimento desta comunicação silenciosa, presente-se ela por vias verbais ou não, o aspecto mais fundamental da relação analítica.

Não é bem uma questão de interpretação verbal. O analista sente que no material que lhe é apresentado pelo paciente há uma tendência que pede uma verbalização. Muita coisa depende da maneira como o analista usa as palavras, e, portanto, da atitude que se oculta por trás da interpretação. (Winnicott, 1968d, p. 85)

Neste mesmo sentido, Winnicott afirma ainda:

O que importa ao paciente não é a acuidade da interpretação, mas sim o desejo do analista de auxiliar, a capacidade do analista de se identificar com o paciente e assim acreditar no que é necessário e satisfazer as necessidades logo que estas sejam indicadas verbalmente ou em linguagem não verbal ou pré-verbal. (Winnicott, 1958h, p. 112)

A este respeito Phillips (1988) comenta que, ao tomar a comunicação não verbal como paradigma do processo analítico, Winnicott altera o sentido da interpretação, que para ele seria não mais que uma extensão sofisticada do cuidado infantil e, em última instância, uma forma de maternagem. Ele afirma: “assim como o alimento pode ser visto como uma interpretação do choro do bebê pela mãe, da mesma forma as interpretações verbais do analista podem ser vistas como alimento em forma de linguagem” (Phillips, 1988, p. 198).

É somente com base nesse tipo de compreensão do que seja uma interpretação que se pode pensar em sua utilização no tratamento de pacientes regredidos⁴³. Em um recorte de caso clínico apresentado em “Retraimento e Regressão”⁴⁴ (Winnicott, 1955e), Winnicott apresenta claramente a noção de interpretação com fins de adaptação ambiental e de manejo. Neste, ocorre que o paciente, que buscara a análise por sentir uma grande incapacidade de ser espontâneo, apresenta um estado de retraimento, encolhendo-se e rolando sobre a cabeceira do divã, após o que explicitou um sentimento de que seria perda de tempo continuar falando. Após conversarem um pouco sobre o que

⁴³ Embora Winnicott afirme em diversas passagens que a interpretação, em situações de regressão, não é aconselhável, ele, outras vezes, refere-se às suas intervenções, nestes casos, em termos de interpretação. Uma forma de compreender tais afirmações que, a primeira vista, podem parecer incoerentes, é ter em mente a reformulação winnicottiana do conceito de interpretação e o fato de que, como comenta Dias (2011b), Winnicott não faz claramente esta distinção – utilizando o conceito, ora para referir-se a interpretação padrão, ora para referir-se a interpretação tal qual ele a concebe –, sendo, portanto, necessária uma compreensão a partir do todo da obra. Dessa perspectiva, pode-se afirmar que, no primeiro caso, em que Winnicott desaconselha o uso da interpretação, ele está referindo-se à interpretação no sentido tradicional e, no segundo caso, à sua própria noção de interpretação, tal como estamos explicitando neste texto.

⁴⁴ Caso descrito mais amplamente no livro “Holding e Interpretação”(Winnicott, 1986a).

havia acontecido, Winnicott fornece ao paciente a seguinte interpretação, que, conforme ele comenta, se revelaria de extrema importância:

“Ao dizer que você estava encolhido e movendo-se em volta, você está ao mesmo tempo deixando algo implícito, algo que você não está descrevendo porque não está consciente de sua existência: Você está falando da existência de um meio.”
(Winnicott, 1955e, p. 349)

Esta interpretação teve como função possibilitar ao paciente a vivência de um momento regressivo que, distintamente do retraimento, só pode ocorrer a partir da existência de um ambiente adaptado: “aparentemente, o fato de eu ter colocado imediatamente um meio ao redor de seu retraimento transformou esse retraimento em uma regressão, permitindo-lhe utilizar a sua experiência de modo construtivo” (Winnicott, 1955e, p. 349). Nesse caso, por meio de palavras, Winnicott proporcionou o colo, por assim dizer, necessário ao paciente.

Em um outro episódio desta mesma análise o paciente relata uma dor de cabeça que parecia estar situada do lado de fora da cabeça. Winnicott fornece a seguinte interpretação: “o fato de a dor estar situada do lado de fora da cabeça representa sua necessidade de que alguém segure a sua cabeça como naturalmente aconteceria se você fosse uma criança que estivesse muito angustiada” (Winnicott, 1955e, p. 353). A esta interpretação, seguiu-se o relato do paciente de que tivera um retraimento momentâneo ocorrido por uma preocupação de que Winnicott começasse a proporcionar, de um modo técnico, um acolhimento afetuoso. Aqui, tem-se um exemplo não só da interpretação funcionando como um colo, mas, de sua maior efetividade em relação ao colo propriamente dito: “era importante que eu não segurasse realmente a sua cabeça, pois isto seria o mesmo que aplicar mecanicamente princípios técnicos. O importante era que eu compreendesse imediatamente do que ele necessitava” (Winnicott, 1955e, p. 353) e, poder-se-ia acrescentar, transmitisse isto em palavras. Desse ponto de vista, pode-se compreender a interpretação

em termos de cuidado ambiental e, portanto, em termos de manejo: “toda vez que compreendemos profundamente um paciente, e o mostramos por meio de uma interpretação correta e feita no momento certo, estamos de fato sustentando o paciente” (Winnicott, 1955e, p. 354).

Este aspecto da interpretação também foi descrito por Winnicott em termos de *holding*⁴⁵:

Ver-se-á que o analista está sustendo o paciente e isto muitas vezes toma a forma de transmitir em palavras, no momento apropriado, algo que revele o que o analista se dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando. Ocasionalmente o holding pode tomar uma forma física, mas acho que é somente porque houve uma demora na compreensão do analista do que ele deve usar para verbalizar o que está ocorrendo. (Winnicott, 1965vd, p. 216)

⁴⁵Parece-nos importante, aqui, apresentar alguns pontos de aproximação e de afastamento entre os conceitos de *holding* e de manejo. Uma busca pelo conceito de *holding* na obra de Winnicott mostra que ele foi usado para descrever, em primeiro lugar e fundamentalmente, os cuidados maternos no estágio de dependência absoluta: “Refiro-me ao estado real do relacionamento materno-infantil no início quando o lactente não separou o *self* do cuidado materno em que existe a dependência absoluta em seu sentido psicológico” (Winnicott, 1960c, p. 48). Ele refere-se ao segurar físico como uma forma de comunicação entre a mãe e o bebê: “o *holding* inclui especialmente o *holding* físico do lactente, que é uma forma de amar. É possivelmente a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente seu amor” (Winnicott, 1960c, p. 48). Este segurar físico é, nesse contexto, entendido como um segurar psicológico, uma vez que “aqui a fisiologia e a psicologia ainda não se tornaram separadas” (Winnicott, 1960c, p. 48) e, tendo sido compreendido como um segurar psicológico, ele se estende também para um sentido de sustentação do contexto global: “O termo *holding* é utilizado aqui para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com. Em outras palavras, se refere à relação espacial em três dimensões com o fator tempo gradualmente adicionado” (Winnicott, 1960c, p. 44). Com menos frequência, Winnicott utiliza o conceito de *holding* no sentido de um operador clínico, embora o faça também, em especial, para distinguir as modificações quanto ao trabalho analítico realizado com base em interpretações tradicionais, como é o caso do próprio título do livro “*Holding e Interpretação*” (Winnicott, 1986a). Esse sentido, no entanto, parece ser mais claramente atribuído por Winnicott à noção de manejo, que, nesse aspecto, poderia se estabelecer mais como um procedimento operativo clínico, enquanto o *holding* estaria mais relacionado à função materna propriamente dita, embora, naturalmente, ambos estejam profundamente relacionados. Nesse sentido, parece ser possível pensar que a diferenciação entre os dois conceitos não é tão importante quanto as perspectivas de modificação do método psicanalítico que ambos fornecem.

Embora reconheça tacitamente a função da interpretação como *holding* e como manejo, Winnicott também reconhece que estados de profunda regressão podem, por vezes, requerer do analista um *holding* físico, como também a suspensão da prática interpretativa, mesmo esta repensada em termos de seus desenvolvimentos teórico-clínicos. Há situações em que qualquer palavra extrapola a capacidade emocional do paciente e, nesses casos,

o analista precisa saber tudo o que se refere a interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de se conter para não ser desviado a fazer este trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é a de apoio ao ego, ou de *holding*. Esse *holding*, como tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre. (Winnicott, 1965vd, p. 217)

Destas considerações, revela-se a noção de interpretação como uma comunicação, também ela, silenciosa. Winnicott recomenda que, em situações que envolvam profunda regressão, o analista espere e seja capaz de reter as interpretações que, em outro momento ou circunstância, poderiam ser feitas: “notar-se-á que estou falando a respeito de fazer interpretações e não das interpretações como tais” (Winnicott, 1969i, p. 171). O analista guarda para si as interpretações como forma de adaptação, uma vez que reconhece a imaturidade do paciente, mesmo que relativa a um determinado tipo de material. Um comentário de Winnicott à respeito de uma passagem do caso *Piggle* ilustra este sentido não tradicional que a interpretação passa a assumir dentro do seu pensamento: “Ela passou a língua ao redor dos lábios. Eu imitei, e assim nós nos comunicamos sobre a fome, o paladar, ruídos da boca e sobre a sensualidade oral em geral. Isso foi satisfatório.” A isto, segue-se o seguinte comentário de Winnicott: “comunicação e interpretação não verbal” (Winnicott,

1977b, p. 25)⁴⁶. Esta interpretação, realizada de modo não verbal, reconhece e se fundamenta na necessidade do paciente de ser sustentado por um ambiente suficientemente bom, a partir do qual poderá crescer a ponto de ser possível que, ele mesmo, chegue às interpretações que, num momento precoce e inoportuno, poderiam ter sido feitas pelo analista

Estarreço-me pensar quantas mudanças profundas impedi ou retardei em pacientes situados em certa categoria classificatória pela minha necessidade pessoal de interpretar. Se pudermos esperar, o paciente chega ao entendimento de modo criativo e com imensa alegria, e eu hoje desfruto dessa alegria mais do que costumava desfrutar da sensação de haver sido arguto. Acho que interpreto principalmente para deixar o paciente conhecer os limites da minha compreensão. O princípio é que é o paciente, e somente ele quem tem as respostas. Nós podemos ou não capacitá-lo a abranger o que é conhecido ou tornar-se ciente disso com aceitação. (Winnicott, 1969i, pp. 171-172)

Esse sentido da interpretação marca claramente a necessidade de que o ambiente e tudo que dele provenha seja criado pelo paciente, assim como o é por cada bebê saudável. Essa criação é, por sua vez, facilitada e proporcionada por um ambiente suficientemente bom. Em última instância, poder-se-ia dizer que, é a partir da introdução do tema do ambiente⁴⁷ na psicanálise, realizada por Winnicott, que o manejo passa a ocupar um lugar

⁴⁶ É importante notar que, na tradução para o português, o sentido desta passagem está completamente alterado. O texto original nos faz entender que, nesse jogo de passar a língua na boca, que era imitado por Winnicott, eram comunicados conteúdos que dizem respeito à sensualidade oral em geral, comunicação esta que, Winnicott frisa, dava-se em um plano não verbal. Na tradução para o português, fica implícita a ideia de que após o jogo, os dois conversaram sobre o tema da sensualidade oral, o que vem corroborado pelo comentário de Winnicott que foi traduzido erroneamente por “Comunicação verbal e interpretação” (Cf. Winnicott, 1977a, p. 36).

⁴⁷ Um estudo aprofundado sobre a noção de ambiente em Winnicott que considera, entre outras coisas, as modificações derivadas desse conceito para a prática clínica, neste caso, mais especificamente com relação ao tratamento de crianças, encontra-se em Serralha (2007)

legítimo de procedimento terapêutico, seja por vias verbais ou não verbais, caracterizando um novo sentido de interpretação na psicanálise.

Capítulo 4. Especificidades de manejo clínico em termos da nosografia winnicottiana

Conforme apontamos no capítulo anterior, em Winnicott, distintos tipos de patologia implicam em distintos tipos de tratamento. Compreendendo a noção de manejo como inerente a qualquer tratamento, faz-se necessário caracterizar suas especificidades em termos da categoria psicopatológica em questão. Tendo em vista, no entanto, o fato de que as patologias sempre exibem sobreposições, a nosografia que utilizaremos como base para esta caracterização deve ser compreendida como uma sistematização geral, que foi estabelecida basicamente a partir das sistematizações que o próprio Winnicott propôs em sua obra.

Neuroses, depressões e psicoses são, em linhas gerais, as patologias que caracterizam a nosografia winnicottiana. A elas, acrescentaremos a tendência antissocial que, embora seja caracterizada como um tipo específico de defesa, e não como uma patologia, enquanto tal, sua especificidade é salientada por Winnicott como significativa o suficiente para alterações de grande porte ao método de tratamento.

4.1. O manejo na clínica das neuroses: a função analítica de compreender processos e tolerar ideias

Grande parte do que poderia ser dito a respeito da noção de manejo na clínica das neuroses já foi desenvolvido a partir da discussão do sentido da análise padrão e do procedimento interpretativo em Winnicott no capítulo anterior. Há, no entanto, ainda, que se considerar a redescrição winnicottiana do complexo de Édipo, problemática central das neuroses, que fornece elementos significativos com consequências para o método de tratamento.

O complexo de Édipo, conforme descrito desde Freud, instaura-se na criança aproximadamente na idade de três a cinco anos. A criança, na forma mais simples, apaixona-se pelo genitor do sexo oposto e rivaliza com o genitor do mesmo sexo, que é também o pai que ela ama. Isto se constitui, pois, como um conflito interno de grandes proporções.

Com respeito a esse momento do desenvolvimento emocional, Winnicott (1988) viria a salientar não somente a progressão instintiva – que a esta época culmina na dominância das excitações e fantasias eróticas genitais –, como também a estruturação do ego, que nesse momento encontra-se estabelecida. Isto significa dizer que a criança já percorreu um longo caminho em termos de amadurecimento e que, portanto, há um considerável grau de saúde implicado na chegada ao Édipo ou mesmo no desenvolvimento de uma doença neurótica. A estruturação do ego se firmou a tal ponto que a criança pode agora lidar com a realidade em termos objetivos, reconhecendo a si mesma como pessoa total e os pais como pessoas totais e diferenciadas⁴⁸. A criança possui agora a

⁴⁸ Para Winnicott, é somente na condição de estabelecer-se como uma pessoa inteira, capaz de reconhecer os pais também como pessoas inteiras, que a criança pode alcançar o complexo de Édipo. Nessa perspectiva, somente na condição da personalidade integrada existe a possibilidade de reconhecer um outro e, mais ainda, um terceiro. Esta é uma discordância clara com a posição kleiniana, segundo a qual, o complexo de Édipo poderia ser aplicado a estágios anteriores do desenvolvimento em termos de relacionamentos com objetos parciais: “acredito que alguma coisa se perde quando o termo “Complexo de Édipo” é aplicado às etapas anteriores, em que só estão envolvidas duas pessoas, e a terceira pessoa ou o objeto parcial está internalizado, é um fenômeno da realidade interna. Não posso ver nenhum valor na utilização do termo “Complexo de Édipo” quando um ou mais de um dos três que formam o triângulo é um objeto parcial” (Winnicott, 1988, p. 67).

capacidade de desejar e também de reconhecer a inviabilidade de seus desejos, o que lhe causa conflitos de natureza interna, para os quais ela terá de erigir defesas que lhe são próprias. A repressão, neste contexto, constitui-se como a principal estratégia defensiva, de modo que aqui já se pode supor a existência de um inconsciente reprimido⁴⁹ e de problemas dele derivados, caracterizando a neurose como uma doença verdadeiramente interna.

Embora a chegada ao Complexo de Édipo implique em uma estruturação egóica amadurecida, a ponto de a criança ser capaz de viver problemas verdadeiramente internos, Winnicott salienta que, ainda assim, existem aspectos ambientais que podem facilitar imensamente sua passagem por esse momento:

Ainda que os primeiros estágios do desenvolvimento emocional tenham sido satisfatórios, permanece a necessidade de um longo período de estabilidade do ambiente para que a personalidade possa chegar a um acordo consigo mesma em todos os níveis de consciência. (Winnicott, 1988, p. 70)

A criança encontra-se imersa em um doloroso conflito que pode ser descrito em termos de ambivalência, a saber, “quando o menino se percebe odiando e desejando matar e temendo o pai que ele ama e em quem confia, porque ele está apaixonado pela esposa do pai” (Winnicott, 1988, p. 68). Este estágio envolve, pois, uma ‘deslealdade’ da criança com relação aos pais, de modo que, se faz fundamental a estabilidade do ambiente, pois assim a criança

⁴⁹ Winnicott faz uma importante distinção entre o inconsciente geral e o inconsciente reprimido, sendo este último um aspecto especial do primeiro. O inconsciente geral é, para Winnicott, relativo à dependência, a todos os cuidados ambientais que, por terem sido satisfatórios, não chegam propriamente à percepção, mas permanecem como um estoque de experiências que fazem com que a vida seja vivida de modo real e pessoal: “o inconsciente propriamente dito pode ser alcançado em sonhos e contribui fundamentalmente para as experiências mais significativas do ser humano”. Por outro lado, o inconsciente reprimido não se encontra a disposição do indivíduo, sendo vivido como uma ameaça pessoal: “o inconsciente reprimido é o cofre onde se guarda (a um grande custo, em termos de economia mental) o que é intolerável e está além da capacidade do indivíduo de absorver como parte de seu eu e de sua experiência pessoal” (Winnicott, 1963c, p. 197).

poderá elaborar as turbulências internas próprias ao conflito edípico, estando livre de se preocupar com o resultado objetivo de seus testes e ataques (Winnicott, 1986d).

Quando os pais existem, e também uma estrutura doméstica e a continuidade de coisas familiares, a solução vem através da possibilidade de distinguir entre o que chamamos de realidade e fantasia. Ver os pais juntos torna suportável o sonho de sua separação ou da morte de um deles. (Winnicott, 1988, p. 77)

Apoiada pela estabilidade ambiental, a criança torna-se mais facilmente capaz de tolerar os intensos sentimentos envolvidos no Édipo, sem construir defesas excessivas contra a ansiedade, razão pela qual, Winnicott afirma que “é o triângulo simples que apresenta as dificuldades e também toda a riqueza da experiência humana” (Winnicott, 1988, p. 57). A este respeito, afirma ainda:

Feliz e saudável é o menino que chega precisamente a este ponto de seu desenvolvimento físico e emocional quando a família está intacta, e que pode ser acompanhado em meio a esta constrangedora situação em primeira mão pelos próprios pais, que ele conhece muito bem, pais que toleram ideias, e cujo relacionamento é firme o bastante a ponto de não temerem a tensão sobre as lealdades, criada pelos ódios e amores da criança. (Winnicott, 1988, p. 68)

Além disso, o pai que pode intervir estabelecendo a proibição necessária na relação da criança com a mãe, sem retaliar excessivamente, permite à criança uma possibilidade de identificação que lhe fornece um grande alívio. À época em que a criança alcança a primazia genital, sua performance é ainda deficiente, de modo que, tornar-se inteiramente responsável pela satisfação da mãe, se apresenta como uma grande sobrecarga emocional e, nesse caso, “o

medo à castração pelo genitor rival torna-se uma alternativa bem-vinda para a angústia de impotência” (Winnicott, 1988, p. 62). Com a intervenção paterna, o menino pode entrar em um acordo com o pai, renunciando temporariamente o seu próprio potencial instintivo e vivendo sua potência pela identificação com a potência paterna.

O menino estabelece um pacto homossexual com o pai, de modo que sua própria potência não é mais apenas dele, e sim uma nova expressão da potência do pai, por meio da identificação internalizada e aceita. Tudo isto permanece localizado nos sonhos mais profundos, e não está à disposição do menino para ser expresso conscientemente; mas na saúde, esta impossibilidade não é absoluta. Por identificação com o pai ou com a figura paterna, o menino obtém uma potência por procuração e uma potência adiada, mas própria, que poderá ser recuperada na puberdade. (Winnicott, 1988, p. 73)

A função paterna permite, pois, à criança, abdicar de parte de sua vida instintiva, deslocar seu objeto de amor para uma figura substitutiva e adiar, até a puberdade, a vivência da sexualidade em termos genitais propriamente ditos. Na saúde, isso é realizado a partir de um acordo que acomoda internamente as vivências instintivas da criança, bem como as frustrações delas derivadas. Por outro lado, o desenvolvimento de uma doença psiconeurótica, é caracterizado por uma inibição mais acentuada dos instintos, em decorrência de uma organização defensiva mais rígida contra as ansiedades edípicas. A neurose envolve o emprego excessivo da repressão, influenciando na capacidade pessoal de controlar conscientemente os instintos, bem como na capacidade de ação e de imaginação da criança e, assim, na clínica da neurose, o uso da interpretação se faz indispensável.

Entretanto, considerando os aspectos ambientais como facilitadores da passagem da criança pelo estágio edípico, descortinam-se outros elementos da função analítica, em termos de provisão ambiental e de manejo. Winnicott

aponta para o fato de que há um tipo de falha paterna, que contribui para o surgimento da doença neurótica, relacionada a pais que temem mais ideias do que atos, dificultando, para a criança, a distinção entre fato e fantasia, o que a deixa sujeita a maior ansiedade.

Mesmo pais que em outros níveis tendem a ser satisfatórios, podem facilmente falhar na criação de seus filhos por não serem capazes de distinguir claramente os sonhos da criança dos fatos. Pode ocorrer de eles apresentarem uma ideia com se fosse um fato, reagir impulsivamente a uma ideia como se esta fosse um ato. (Winnicott, 1988, p. 78).

Neste sentido, o tratamento da neurose exige do analista a “capacidade para tolerar ideias e sentimentos (amor, ódio, ambivalência, etc.) e para compreender processos”, e é neste contexto que a tarefa interpretativa, indispensável em tais casos, pode se realizar, por meio da demonstração por parte do analista dessa “compreensão pela expressão adequada da linguagem (a interpretação daquilo que o paciente está justamente em condições de admitir conscientemente)” (Winnicott, 1988, p. 80).

Introduzindo elementos que dizem respeito ao ambiente e aos pais reais como facilitadores da elaboração do complexo edípico, Winnicott enfocaria, no que tange à clínica, não só a acuidade da interpretação, mas o modo de ser e de se comportar do analista que é suficientemente bom na medida em que ele seja uma pessoa madura. Este aspecto ambiental que, segundo Winnicott (1955d), foi desconsiderado por Freud por ser ele tomado como algo óbvio ou já estabelecido, não o permitiu descrever questões do tratamento da neurose que não se reduzem à interpretação.

Freud, no arcabouço de seu próprio e bem disciplinado funcionamento mental, não sabia que temos hoje de lidar com um problema como o seguinte: o que há na presença real do

pai e do papel que ele desempenha na experiência do relacionamento entre ele e a criança e entre a criança e ele? O que isto causa no bebê? Pois há uma diferença, que depende de o pai achar-se lá ou não, se é capaz de estabelecer um relacionamento ou não, se é são ou insano, se tem a personalidade livre ou rígida (...) há muita coisa também a ser levada em conta que tem a ver com a imago do pai na realidade interna da mãe e com o destino dessa imago aí. Encontramos hoje todas essas questões aparecendo para revivescência e correção no relacionamento transferencial, questões que não são tanto de interpretar, mas de experienciar. (Winnicott, 1989xa, p. 188)

É, portanto, a partir dos aspectos ambientais facilitadores da elaboração do conflito edípico que podemos compreender a noção de manejo na clínica das neuroses. Ela se caracteriza pela capacidade do analista de compreender processos e tolerar sentimentos que envolvem ambivalência sem retaliar, apresentando a castração como forma de acomodar os conflitos internos do paciente. Caracteriza-se, pois, por um tipo de adaptação às necessidades do paciente, sem as quais nenhum trabalho interpretativo pode ser efetivamente realizado.

4.2. O manejo na clínica das depressões: a função analítica de sobreviver e aceitar reparações

A etiologia da depressão encontra-se em um ponto anterior ao advento do complexo de Édipo como problemática humana, mas em um estágio onde muito também já aconteceu em termos de conquistas e organização do ego (Winnicott, 1963b). O estudo da depressão nos leva ao estágio do concernimento (*concern*), onde a criança está às voltas com a elaboração da reunião do ódio e do amor na mesma pessoa, bem como com os resultados de sua experiência instintiva.

Neste momento, a criança está amadurecida a ponto de ter estabelecido uma integração do ego capaz de discriminar entre duas pessoas inteiras, ela e a mãe (Winnicott, 1958o, 1963b). Nesse contexto, a criança que, outrora movida por exigências instintuais ainda não integradas, atacava a mãe de modo impiedoso (*ruthlessness*), agora dá-se conta que a mesma mãe que ela ataca é a mãe que ela ama, o que implica no fato de que a criança reúne também os aspectos excitados e tranqüilos de si mesma (Winnicott, 1955c, 1958b).

O bebê não pode aceitar o fato de que essa mãe tão valorizada nas fases tranquilas é a pessoa que foi e será atacada impiedosamente nas fases de excitação (...) Chega o momento em que ele começa a perceber que existem aqui dois usos inteiramente diferentes da mesma mãe. Surge então um novo tipo de necessidade, baseada no impulso e na tensão instintiva que busca alívio, e isto implica num clímax, ou num orgasmo. Sempre que ocorre uma experiência orgástica, há necessariamente um aumento na dor da frustração. Uma vez que a tensão teve início e a excitação elevou-se, o risco entra em cena. (Winnicott, 1955c, p. 361)

Reunindo a mãe-ambiente, relativa aos estados tranquilos, e a mãe-objeto, relativa aos estados excitados, o bebê passa a preocupar-se pelo resultado de suas experiências instintivas, o que envolve ansiedades a respeito da mãe, devidas a nova condição de ambivalência com relação ao objeto, bem como ansiedades a respeito ao seu próprio interior, conforme a experiência instintiva seja vivida e retida, como gratificante ou perturbada por um excesso de raiva devido à frustração (Winnicott, 1958o, 1963b). Trata-se de um estado complexo que pode ser descrito como uma “contenda no interior do eu, uma briga entre o que é sentido como bom, ou seja, apoiando o eu, e o que é sentido como mal, ou seja, persecutório para o eu” (Winnicott, 1955c, p. 364).

Na saúde, essa condição vai se resolvendo com a sobrevivência da mãe, com sua presença cotidiana, que reforça a capacidade bebê recém-integrado de distinguir entre fato e fantasia e, com isso, de distinguir também realidade interna de realidade externa (Winnicott, 1955c). Trata-se, pois, de uma função ambiental indispensável.

Uma progressão tão complexa no desenvolvimento emocional não pode realizar-se sem a ajuda de um ambiente suficientemente bom. Este último é representado pela sobrevivência da mãe, e enquanto a criança não tiver colecionado suficiente material mnemônico, não há lugar para o desaparecimento da mãe. (Winnicott, 1955c, p. 362)

Sobrevivendo, a mãe proporciona ao bebê o tempo necessário para a elaboração dos resultados de sua experiência instintiva, possibilitando-lhe a separação dos aspectos internos vividos como bons ou ruins, em um processo comparável ao processo digestivo. Sustentado pelo apoio materno, o bebê se torna então capaz de utilizar os aspectos bons para restituir a mãe dos estragos que lhe pareceram ter sido causados a ela durante a experiência instintiva. Entra em jogo, aqui, a capacidade para fazer reparações, que é, por sua vez, apoiada pela capacidade de se preocupar, ambas vividas de um modo pessoal, ou seja, como parte da responsabilidade individual sobre os danos

inevitavelmente causados pela experiência instintiva (Winnicott, 1955c, 1958o, 1988).

A capacidade para se preocupar e para fazer reparações, que formam as bases para a potência e construtividade social, é ainda apoiada por outra atitude ambiental, que diz respeito à capacidade da mãe de aceitar o gesto de reparação. Agindo deste modo, a mãe permite que os aspectos internos do bebê vividos como ruins, bem como seu potencial destrutivo, sejam contrabalançados pela capacidade de contribuir, aumentando a tolerância à ansiedade (Winnicott, 1958o, 1988). As condições ambientais promovidas pela mãe neste estágio são assim explicitadas:

As circunstâncias favoráveis neste estágio são as seguintes: que a mãe continue viva e disponível, disponível fisicamente e também no sentido de não estar preocupada com outra coisa. A mãe-objeto tem que demonstrar que sobrevive aos episódios dirigidos pelo instinto, que agora adquiriram potência máxima de fantasia de sadismo oral e outros resultados da fusão. Além disso a mãe-ambiente tem uma função especial, que é de continuar sendo ela mesma, a ser empática com o lactente, a de estar lá para receber o gesto espontâneo e se alegrar com isso. (Winnicott, 1963b, p. 73)

Estabelece-se, pois, o que Winnicott denominou de círculo benigno (Winnicott, 1955c, 1958o, 1963b, 1988), que fortalece e libera a vida instintiva do bebê. Desse modo, o potencial destrutivo pessoal não se torna ameaçador, dada a adequada adaptação materna.

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 de digestão e de

contemplação, mas quando o bebê conta felizmente, com a existência de um cuidado materno contínuo e pessoal, ele cria uma capacidade para reparação também maior, e a isto se segue um novo patamar de liberdade na experiência instintiva. Deste modo, estabelece-se um círculo benigno, que forma a base para a vida do bebê por um longo período (Winnicott, 1988, p. 92)

Passado algum tempo, depois de repetidas experiências de destruir e restituir sustentadas pela mãe, a criança torna-se segura o suficiente para não necessitar da presença real da mãe. A experiência da mãe sustentando a situação é integrada ao ego e forma parte do ambiente interno da criança, permitindo-lhe crescer sem preocupações excessivas quanto ao resultado de suas vivências impulsivas. Por outro lado, quando o círculo benigno não é adequadamente estabelecido ou é rompido precocemente, a criança se vê às voltas com grande intensidade de ansiedade que, para ser controlada, exige a inibição dos instintos e, com isso, um empobrecimento geral da personalidade. A capacidade para se preocupar, relativa a um senso de responsabilidade que implica em maior integração do ego, é substituída, nesse caso, pelo sentimento de culpa, que se caracteriza por uma imersão pessoal na ambivalência, onde o potencial destrutivo está sempre em vias de ameaçar os objetos amados. (Winnicott, 1963b).

O desequilíbrio interno proporcionado pela junção dos aspectos destrutivos e amorosos do *self* com relação à mesma pessoa (a mãe) é, na saúde, resolvido pela sobrevivência da mãe, que fornece tempo para elaboração interna e para uma oportunidade de reparação, e pela capacidade materna de receber o gesto reparatório. Na ausência desses cuidados, esse desequilíbrio torna-se o grande conflito da depressão e o indivíduo se vê às voltas com a tarefa pessoal de acomodar sua agressão e seus impulsos destrutivos sem a sustentação ambiental necessária. Nesse caso, o luto, que envolve uma dúvida normal e saudável característica do processo de elaboração interna associado à contemplação pós-mamada, não pode se realizar adequadamente e, como defesa, ocorre um amortecimento

generalizado da personalidade. “A dúvida sobre os fenômenos internos é grande demais, a ponto de ser necessário adotar como defesa a descida de um véu obscurecedor sobre a vida do mundo interno como um todo” (Winnicott, 1988, p. 106), fornecendo mais tempo para que a elaboração ocorra. Embora exista aí um aspecto de saúde, percebido pela utilização da depressão com um intuito de cura, é a exacerbação deste tipo de defesa que caracteriza a depressão como um estado patológico (Winnicott, 1955c, 1988).

Este estado, que envolve uma perda importante da vitalidade devido ao alto grau de inibição instintiva, caracteriza a chamada depressão reativa, um tipo de depressão que encontra-se, do ponto de vista etiológico e sintomático, mais perto da neurose. Há aqui um emprego excessivo de repressão, que tem como objetivo tornar inacessíveis à consciência os aspectos destrutivos e impulsivos da personalidade. (Winnicott, 1963c)

Estando etiologicamente entre as neuroses e as psicoses, a depressão também pode assumir características mais próximas das patologias psicóticas, caracterizando as chamadas depressões psicóticas. Nestes casos, a perda do objeto suscitada pela destrutividade da experiência instintiva, implica na perda de partes do si mesmo, indicando, pois, que conquistas mais iniciais do desenvolvimento não foram suficientemente estabelecidas.

A depressão aí está também associada à perda, mas a perda é de uma espécie mais obscura do que no caso da reação depressiva e se origina em uma data anterior ao desenvolvimento do indivíduo. Por exemplo, a perda pode ser de certos aspectos da boca, que desaparece do ponto de vista do lactente junto com a mãe e o seio, quando há uma separação anterior àquela na qual o lactente alcançou um estágio do desenvolvimento emocional que propiciaria a ele o equipamento para lidar com a perda. A mesma perda da mãe alguns meses mais tarde poderia ser uma perda de objeto sem este elemento adicional da perda da parte do sujeito (Winnicott, 1963c, p. 200).

Neste polo, as depressões indicam, segundo Winnicott (1964e), fracassos na organização do ego, o que significa dizer que o estágio do concernimento não foi plenamente atingido ou integrado devido a complicações anteriores, relativas aos estágios de dependência, relativa e absoluta. Neste sentido, Moraes (2005) comenta que a análise destes casos não será produtiva se reduzir-se ao exame das complicações oriundas do concernimento. Em termos de tratamento, esses casos nos aproximam, portanto, das psicoses, tema que será tratado na seção seguinte.

Consideremos, pois, neste momento, as proposições winnicottianas no que concerne ao tratamento das depressões que não envolvem complicações de natureza psicótica, as depressões reativas. Winnicott afirma inicialmente que o trabalho com estes pacientes não difere muito do tratamento da neurose, exigindo interpretação do inconsciente, porém com a diferença de que aqui estão em evidência problemas vividos em termos de relação dual (mãe e bebê), onde as complicações devidas à percepção de um terceiro (triângulo edípico) não necessariamente entraram em cena, orientando, pois, um tipo de comunicação via interpretação nestes termos. Entretanto, considerando a extrema importância da provisão ambiental como facilitação da elaboração da ambivalência própria ao concernimento, Winnicott afirma que “a parte importante da terapêutica do analista no tratamento da depressão é sua sobrevivência pelo período em que ideias destrutivas dominam o cenário” (Winnicott, 1963c, p. 200). A sobrevivência do analista, que fornece tempo para a elaboração interna dos aspectos destrutivos e, com isso, a oportunidade para a reparação, caracterizam a especificidade do manejo na clínica das depressões.

O paciente pode avançar em seu próprio ritmo. Ele pode falhar, se quiser, sendo-lhe dado tempo e algo como um lugar seguro. Esses detalhes externos do manejo são os pré-requisitos para que o paciente descubra seu próprio sentimento de amor, com as inevitáveis complicações da agressividade e da culpa, as

únicas coisas capazes, na verdade, de dar sentido à reparação e à restituição (Winnicott, 1958p, pp. 159-160)

É somente com base neste tipo de cuidado, que pode envolver um longo período de tempo, que a recuperação da depressão pode ser sentida pelo indivíduo como satisfatória, pois ela fornece um sentido de valor pessoal e capacidade construtiva que dão segurança para a liberação da vida instintiva e, com isso, para o estabelecimento mais amplo das relações objetais. Winnicott (1964e) salienta que esse valor é perdido quando, por uma premência à cura, tenta-se apressar este processo, evidenciando, pois, a importância do trabalho em termos de provisão ambiental que, conforme temos desenvolvido nesse trabalho, define o sentido e a função do manejo na clínica psicanalítica, mesmo quando se poderia dizer ainda estar no âmbito de uma análise padrão.

4.3. O manejo na clínica das psicoses: a função analítica de sustentar e assumir a responsabilidade pelas falhas

Conforme explicitado no Capítulo 2, Winnicott compreende a etiologia da psicose em um padrão de falhas ambientais no início mais precoce do desenvolvimento, período no qual o bebê é absolutamente dependente dos cuidados ambientais. Esta condição confere à psicose um estatuto de doença ambiental, o que a diferencia fundamentalmente das outras categorias até aqui descritas que, embora também se relacionem em algum grau com falhas ambientais, são doenças caracteristicamente internas. No caso das psicoses, porém, “a doença é etiológicamente secundária à falha ambiental, embora se revele clinicamente como uma distorção mais ou menos permanente na estrutura da personalidade do indivíduo” (Winnicott, 1965h-a, p. 126)

Devido à condição de extrema dependência e imaturidade, o bebê não tem meios de absorver fatos traumáticos, de modo que as falhas ambientais o lançam à vivência de agonias impensáveis, que são descritas por Winnicott em termos de desintegração, queda para sempre, perda da conexão com o corpo, perda do sentimento de realidade de si mesmo e do mundo e perda da capacidade de relacionar-se com objetos (Winnicott, 1965n, 1974). O que caracteriza essencialmente as agonias impensáveis – e as distingue de outras formas de ansiedade – é o fato de elas não poderem ser experienciadas, dado que os aspectos ambientais capazes de serem abarcados como experiência pessoal, nesse momento, são aqueles que estão em condição de absoluta adaptação às necessidades e aos gestos do bebê.

Tem-se de tomar o cerne da loucura como sendo algo muito pior, por causa do fato de que ele não pode ser experienciado pelo indivíduo, que, por definição, não possui a organização do ego para sustentá-lo e, dessa maneira, experienciá-lo. (Winnicott, 1989vk, p. 100)

Tudo o que provém do ambiente, a parte da condição de adaptação, é vivido como uma invasão e sentido como traumático. Trauma, nesse sentido, assume a característica de um “colapso na área da confiabilidade no ‘meio ambiente expectável médio’” (Winnicott, 1989d, p. 113) e implica no “fracasso ou relativo fracasso, no estabelecimento da estrutura da personalidade e organização do ego” (Winnicott, 1989d, p. 113). Ocorre que, tendo sido submetido a agonias impensáveis, o bebê não tem alternativa, senão reagir à falha, tendo com isso sua continuidade de ser necessariamente interrompida sua continuidade de ser.

É possível dizer que o mais importante é o trauma representado pela necessidade de reagir. A reação, nesse estágio do desenvolvimento humano, significa uma perda temporária de identidade. Isto provoca um sentimento extremo de insegurança, e situa-se na base da expectativa de novos exemplos de perda da continuidade de ser. (Winnicott, 1958f, p. 265)

Nesta condição, o indivíduo tem, portanto, impedido seu crescimento e amadurecimento, razão pela qual Winnicott afirma tratar-se de problemas “especialmente aflitivos”, que, “por não serem inerentes, não fazem parte da vida, e sim da luta para alcançar a vida” (Winnicott, 1988, p. 100). O trauma aqui se caracteriza por uma privação (*privation*) ambiental que impossibilita o desenvolvimento emocional, assumindo, pois, características de “nada acontecendo quando algo poderia proveitosamente ter acontecido” (Winnicott, 1974, p. 75). É importante salientar que, nesses termos, o trauma se diferencia enormemente de seu sentido corrente, qual seja, a de um evento externo que rompe com uma estrutura já estabelecida. Neste momento, ainda não se pode conceber nem a externalidade do mundo, nem tampouco uma estrutura de personalidade minimamente consolidada e, desse modo, os efeitos do trauma são da ordem do não acontecido, o que caracteriza a essência da problemática psicótica.

É preciso notar, nesse sentido, que, aquilo que caracteriza propriamente a patologia psicótica não é a experiência do trauma (agonias impensáveis) em si, dado que ele não pode ser experienciado, mas a organização defensiva erigida em função das situações traumáticas.

No caso mais simples possível, houve portanto uma fração de segundo em que a ameaça da loucura foi experienciada, mas a ansiedade neste nível é impensável. Sua intensidade acha-se mais além da descrição e novas defesas organizam-se imediatamente, de maneira que a loucura, de fato, não foi experienciada. Por outro lado, contudo, ela foi potencialmente um fato. (Winnicott, 1989vk, p. 100)

A organização defensiva visa proteger o si mesmo pessoal de novas possíveis invasões, o que se faz por meio de um rompimento da relação com o ambiente. Tendo se estruturado desse modo, o indivíduo produz uma quebra na própria continuidade de ser, dado que, no que diz respeito a estágios tão iniciais do desenvolvimento, a constituição e manutenção do si mesmo primário depende absolutamente de cuidados ambientais. Poder-se-ia perguntar porque um tal estado de coisas é organizado em substituição aos maus cuidados e instabilidade ambientais. A resposta de Winnicott é clara: a defesa tem a vantagem de ser produzida pelo bebê, de encontrar-se, nesse sentido, dentro de sua área de onipotência, como em uma tentativa desesperada de manter a criatividade pessoal, que dá fundamentação ao si mesmo primário e, com isso, não ver-se mais a mercê das invasões ambientais (Winnicott, 1965n).

Decorre daí vários tipos de organização defensivas, que são o que propriamente caracterizam as distintas organizações patológicas contidas no campo das psicoses. As patologias, de modo geral, são classificadas por Winnicott de acordo com o momento do desenvolvimento em que houve a ruptura – e, nesse sentido, com o *quantum* de integração que já podia ser tomado como fato – bem como ao tipo de falha ambiental envolvido.

Considerando o longo percurso existente entre o estado inicial do bebê não integrado e a integração do ego em uma unidade (à época do concernimento), Winnicott estabelece uma primeira classificação diagnóstica para as patologias psicóticas que se subdivide entre psicoses esquizofrênicas e depressões psicóticas. A primeira delas compreende as patologias que tiveram origem no início mais precoce do desenvolvimento, comprometendo a próprio estabelecimento de um si mesmo primário e o início das relações com o mundo dadas ainda em termos de objetos subjetivos. A segunda categoria, relativa às depressões psicóticas, implica em rupturas em pontos mais avançados do desenvolvimento, onde algum grau de integração fora estabelecido, embora precariamente, de modo que, ao deparar-se com a complexidade inerente à elaboração dos elementos agressivos e destrutivos da vida instintual, a criança não possui bem fundados os pré-requisitos que a permitiriam integrar uma conquista de tal porte, comprometendo, pois, a integração do ego numa unidade. Aqui estão incluídas as depressões esquizoides, a paranoia, a hipocondria, a hipomania, a oscilação maníaco depressiva, a melancolia, entre outras formas de manifestação da depressão⁵⁰.

O campo das psicoses esquizofrênicas, por sua vez, inclui a esquizofrenia infantil ou autismo, a esquizofrenia latente, a personalidade estruturada falsamente e a personalidade esquizoide (Winnicott, 1965n), sistematização que, segundo Dias (1998), permite discriminar os quatro tipos principais de defesas primárias: a busca da invulnerabilidade, a cisão das funções intelectuais, cisão exacerbada entre falso e verdadeiro *self* e a tendência a autodesorganização ou autotraumatismo (desintegração ativa), respectivamente. Cada uma delas corresponde a diferentes tipos de falhas ambientais, referidas também ao momento do desenvolvimento em que ocorreram, que, no âmbito da clínica, permitem distinguir as nuances específicas do trabalho clínico em termos de manejo⁵¹.

⁵⁰ Um estudo aprofundado sobre o tema das depressões, incluindo a análise das depressões psicóticas encontra-se em Moraes (2005)

⁵¹ Para fins deste trabalho, não nos deteremos nas especificidades de manejo em termos das distintas organizações defensivas, colocando ênfase em sua característica geral quanto à clínica das psicoses. Para aprofundamento do tema das defesas primárias, cf. Dias (1998) e

Em linhas gerais, a defesa básica, que define todas as patologias no âmbito das psicoses, consiste em uma cisão (*splitting*): nestes casos, Winnicott afirma, “a cisão toma o lugar do inconsciente reprimido do psiconeurótico” (Winnicott, 1968c, p. 152). Sua característica essencial é a de proteção e preservação do si mesmo pessoal contra as falhas e invasões ambientais. Entretanto, apartado da relação com o ambiente, o indivíduo “sofre empobrecimento devido à falta de experiências” (Winnicott, 1956a, p. 395) e o resultado é que o ser pessoal não se desenvolve, reduzindo-se a uma série de reações às falhas ambientais.

A compreensão das psicoses como uma organização defensiva do tipo cisão que, por definição, implica na interrupção da continuidade do ser pessoal em decorrência de falhas ambientais, elucida, para Winnicott, os fundamentos da natureza humana. Segundo ele (1988), o ser humano possui, na raiz, um problema filosófico que consiste na conquista de uma relação entre o mundo subjetivo e o mundo externo, que ganha diferentes nuances ao longo dos estágios do desenvolvimento. Nesse contexto, a ilusão que decorre da boa adaptação materna inicial cumpre uma função primordial, qual seja, a de manutenção de um sentimento pessoal de realidade de si-mesmo e do mundo. Nesse sentido, Winnicott postula uma cisão primordial, comum a todo ser humano: “a cisão é um estado essencial em todo ser humano, mas não é necessário que ele se torne significativo se a camada protetora da ilusão se tornou possível pelo cuidado materno” (Winnicott, 1988, p. 158). Esse estado original torna-se, pois, uma patologia, quando, em decorrência da má adaptação ambiental, o indivíduo a ele retorna defensivamente:

O diagnóstico é feito quando o ambiente não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica. Esta teoria parte do princípio de que as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância pelas técnicas

para aprofundamento da defesa que consiste na busca pela invulnerabilidade, característica da psicose infantil ou autismo, cf. Serralha (2002).

utilizadas com naturalidade por uma mãe preocupada em cuidar de seu filho. (Winnicott, 1953a, p. 305)

A psicose tem, pois, como problema central a própria estruturação da personalidade, o que, do ponto de vista clínico, implica em modificações de grande porte. Nestes casos, a análise terá, por assim dizer, de prover um novo começo e o analista se vê envolvido “com os mesmos fenômenos que caracterizam as experiências de mães e bebês” (Winnicott, 1970b, p. 196). É preciso considerar, no entanto, que o analista está às voltas com um indivíduo que fora traumatizado e que, em decorrência desse trauma, constituiu defesas que o colocaram fora do contato com o ambiente. Desse modo, esse quadro exige, em primeiro lugar, a sustentação de um ambiente confiável (que pode durar longos períodos), a partir do qual o paciente possa recriar a esperança de que uma nova provisão ambiental, que esteja de acordo com as suas necessidades pessoais, seja possível.

O comportamento do analista, representado pelo que chamei de contexto, por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar a viver. (Winnicott, 1956a, p. 395)

No texto em que se encontra a citação acima, Winnicott explicita, conforme citamos em outro momento, que o que ele entende como contexto refere-se ao “somatório de todos os detalhes relativos ao manejo” (Winnicott, 1956a, p. 395), o que implica dizer que a sustentação de um ambiente confiável, é na clínica das psicoses, o aspecto central do sentido de manejo. No contexto psicanalítico, isso é fornecido por meio da provisão e manutenção do *setting* que, Winnicott salienta, faz a parte mais importante do trabalho nestes casos (Winnicott, 1989m, p. 77).

Tendo encontrado, no tratamento analítico, condições ambientais que forneçam esperança, abre-se caminho para que o paciente regreda e esta regressão é compreendida por Winnicott “como parte de um processo de cura” (Winnicott, 1955d, p. 378), dado que, somente através dela, o paciente poderá experimentar uma nova relação de dependência com o ambiente e, com isso, retomar o caminho do desenvolvimento.

É como se houvesse uma expectativa de que surjam condições novas, justificando a regressão e oferecendo uma nova chance para que o desenvolvimento ocorra, esse mesmo desenvolvimento que havia sido inviabilizado ou dificultado inicialmente pela falha do ambiente. (Winnicott, 1955d, p. 378)

Winnicott salienta, ademais, que a regressão possibilita ao paciente uma oportunidade de relembrar o colapso, uma necessidade essencial dos casos de psicose, que é, tal como ele propõe, somente possível por meio do seu reviver na relação transferencial com o analista. Tendo vivido experiências traumáticas nos moldes das agonias impensáveis, o colapso, assim como o fator ambiental traumático, não puderam ser experienciados e, assim, não puderam ser temporalizados. Desse modo, o trauma não pode fazer parte do passado, o que permitiria que outras formas de experiência na relação com o mundo, não traumáticas, fossem vislumbradas (Winnicott, 1974, p. 73). A esse respeito, Winnicott escreve:

O paciente precisa “lembrar” isto, mas não é possível lembrar algo que ainda não aconteceu, e esta coisa do passado não aconteceu ainda, porque o paciente não estava lá para que ela lhe acontecesse. A única maneira de “lembrar”, neste caso, é o paciente experienciar esta coisa passada pela primeira vez no presente, ou seja, na transferência. Esta coisa passada e futura se torna então uma questão do aqui e agora e é experienciada pelo paciente pela primeira vez. É este o equivalente do

lembrar, e tal desfecho constitui o equivalente do levantamento da repressão que ocorre na análise do paciente psiconeurótico (análise freudiana clássica). (Winnicott, 1974, p. 74)

É importante notar aqui que, o entendimento do ‘reviver’ como aspecto central da análise de psicóticos, que equivale ao ‘recordar’ na análise de neuróticos, fundamenta o manejo como procedimento terapêutico essencial aos casos de psicose e desaconselha, irremediavelmente, o uso da interpretação clássica, nos moldes estabelecidos por Freud. Winnicott entende que a necessidade de recordar a loucura original por meio de seu reviver na transferência “pertence a um estágio muito inicial, anterior à organização no ego daqueles processos intelectuais que podem abstrair experiências que foram catalogadas e apresentá-las para uso em termos de lembrança consciente” (Winnicott, 1989vk, p. 98). Isso implica dizer que não se pode apoiar o tratamento de um caso de psicose no funcionamento mental, responsável pela catalogação, sistematização e cotejamento das experiências, uma vez que, estas últimas estão impossibilitadas pela própria condição da doença⁵².

A necessidade é, pois, de experienciar o trauma e, no contexto analítico, isso ocorre por meio da reação do paciente às falhas do analista. O paciente usa as falhas do analista – que sempre ocorrem, tendo em vista que não há tentativa de uma adaptação perfeita⁵³ – com o intuito de reviver a falha original que não pôde ser experienciada.

⁵² Estamos em um campo de problemas pré-mentais, anteriores ao funcionamento da mente ou, pelo menos, anteriores ao funcionamento da mente em coesão com o psicossoma. Não tendo estabelecido, em termos de amadurecimento, a conquista do intelecto, que se realiza à época do desmame, ficam inviabilizadas também as conquistas relativas ao estágio de dependência relativa, entre as quais encontra-se a aquisição da capacidade simbólica. Aqui, queremos ressaltar que a interpretação clássica apóia-se, por princípio, no funcionamento mental e sua operatividade simbólica, capacidades que são, em Winnicott, conquistas que dependem de cuidados ambientais e, assim sendo, podem nunca a vir realizar-se. Uma discussão mais ampla sobre dificuldades em torno da aquisição da capacidade intelectual e os problemas da interpretação clássica, encontra-se na discussão de caso realizada na seção 5.1.1. O mesmo tipo de discussão no que se refere aos problemas com relação à conquista da capacidade simbólica, encontra-se em na seção 5.1.2.

⁵³ Winnicott salienta que pacientes psicóticos não necessitam de uma adaptação perfeita, sendo parte do cuidado do analista ser capaz de reconhecer seus erros. Ele afirma: “Eu diria que faz menos mal cometer erros com este tipo de paciente que com os pacientes neuróticos

É assim que, como analistas, repetidamente nos tornamos envolvidos no papel do fracasso e não nos é fácil aceitar esse papel, a menos que vejamos o seu valor positivo. Somos transformados em pais que fracassam e somente desse modo alcançamos sucesso como terapeutas. (Winnicott, 1962c, pp. 60-61)

O valor positivo a que Winnicott se refere diz respeito ao fato de que é somente sob as condições específicas de dependência possibilitadas pela regressão em análise que “o paciente gradualmente reúne o fracasso original do meio ambiente dentro da área de sua onipotência” (Winnicott, 1974, p. 73) e, assim, o experiencia não mais como fator traumático. O fracasso pode agora ser percebido como parte do ambiente e o paciente se torna capaz de sentir raiva, o que implica em uma grande conquista em termos de desenvolvimento.

Essas falhas produzem raiva, e isto tem valor, porque a raiva traz o passado para o presente. Por ocasião da falha inicial (ou relativa), a organização do ego do bebê não se achava suficientemente organizada para uma questão tão complexa quanto a raiva a respeito de um assunto específico. (Winnicott, 1970b, p. 199)

Por meio da experiência de raiva com relação às falhas do analista, “estabelece-se um novo sentimento de eu no paciente, e uma percepção de que o progresso agora significa um crescimento verdadeiro” (Winnicott, 1955d, p. 387). Entretanto, tal progresso só ocorre, segundo Winnicott, na medida em que o analista seja capaz de sobreviver à raiva e assumir a responsabilidade

(...) A chave para compreendê-lo é a de que a falha do analista está sendo usada e deve ser tratada como uma falha antiga, que o paciente pode agora perceber, abarcar, e zangar-se por isso” (Winnicott, 1956a, p. 397).

por suas falhas, proposição que indica outro aspecto essencial do manejo nestes casos. Dada a condição de dependência, Winnicott afirma que, na análise de psicóticos, qualquer fracasso é sempre um fracasso do analista, e não do paciente, devendo ser reconhecido enquanto tal (Winnicott, 1956a).

Isso implica, da parte do analista, um exame aprofundado dos aspectos contratransferenciais. A análise de pacientes psicóticos envolve raiva objetiva do paciente com relação ao analista, que pode ser bastante difícil de tolerar (Winnicott, 1956a). Um aspecto essencial salientado por Winnicott é que, nesse contexto, embora seja capaz de compreender o que se passa com o paciente, o analista deve ser capaz de não negar o seu ódio. Um ambiente sentimental não é de ajuda, pois o paciente, para tolerar seu ódio, precisa encontrar no analista a capacidade de odiar objetivamente de modo que “o ódio que é legítimo nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação” (Winnicott, 1949f, p. 279). Esta interpretação é caracterizada pela comunicação ao paciente do que fora realizado à época em que a condição de dependência dominava o quadro, com vistas ao amadurecimento do paciente por meio do reconhecimento dos aspectos ambientais que lhe deram sustentação, o que, entretanto, só pode ser realizado na medida em que o paciente tenha condições emocionais amadurecidas para tal.

Trata-se obviamente de um problema que implica em perigo, exigindo o mais cuidadoso timing possível. Creio, porém, que uma análise permanecerá incompleta, enquanto mesmo em sua última fase não seja possível ao analista contar ao paciente o que ele, analista, fez, sem que o paciente soubesse, por estar tão doente nas fases iniciais. Enquanto esta interpretação não for feita, o paciente permanecerá de algum modo na condição de uma criança – incapaz de entender o que ela deve à sua mãe. (Winnicott, 1949f, p. 287)

Outro aspecto contrasferencial, a este relacionado, diz respeito aos fenômenos transferenciais delirantes, que implicam acusações de diversos tipos, as quais o analista deve estar preparado para receber, aceitar e compreender sua função (Winnicott, 1989vk). Nestes casos, uma interpretação pode ser vivida pelo paciente como parte dos esforços do analista em negar a falha, impossibilitando a experiência do colapso e, como consequência, da raiva, tão necessária para que um caminho no sentido do desenvolvimento se restabeleça.

Num caso como esse, qualquer tentativa por parte do analista de ser são ou lógico, destrói o único caminho que a paciente pode forjar de volta à loucura que necessita ser recuperada na experiência por não ser recuperada na lembrança. Desta maneira, o analista tem de ser capaz de tolerar sessões inteiras ou até mesmo períodos de análise em que a lógica não é aplicável em qualquer descrição da transferência. (Winnicott, 1989vk, p. 99)

A partir dessas considerações, podemos explicitar os sentidos específicos de manejo na clínica das psicoses em termos de, em primeiro lugar, sustentação ambiental, que suscita a esperança e um movimento em direção à regressão e, em decorrência deste processo, sobrevivência e aceitação das responsabilidades no que diz respeito às reações do paciente às falhas do analista.

Estas considerações dizem respeito, no entanto, ao exame dos aspectos gerais de um tratamento psicanalítico que fique restrito ao âmbito da transferência e do *setting*. É preciso, pois, considerar que, tendo em vista a problemática psicótica, não é incomum que um paciente necessite de cuidados fora do *setting*, podendo estes configurar-se como um aspecto complementar do trabalho analítico *stricto sensu*, em fases que envolvam maior regressão, ou, em certas situações, chegam mesmo a constituir-se como o aspecto central do tratamento.

Quanto à primeira situação aqui descrita, relativa aos casos que em fases de regressão durante o trabalho analítico necessitam de cuidados extra *setting*, Winnicott salienta que alguns casos de psicose não possuem o que ele chama de “ego observador”, um tipo de organização egóica capaz estruturar-se ao final de determinada sessão e, por assim dizer, cuidar do aspecto regredido da personalidade na ausência do analista.

Um elemento importante nessa teoria é o postulado sobre o ego observador. Dois pacientes muito semelhantes em seu aspecto clínico imediato podem diferir amplamente no grau de organização do ego observador. Num extremo, o ego observador é quase capaz de identificar-se com o analista, sendo possível ao paciente recuperar-se da regressão ao final da sessão. No outro extremo há um ego observador muito incipiente, e o paciente não é capaz de recuperar-se da regressão ao final da sessão, sendo preciso cuidar dele. (Winnicott, 1955d, p. 386)

Em tais situações, o analista vê-se então envolvido com a administração dos cuidados gerais do paciente, o que pode implicar em diversos tipos de intervenções, entre as quais, orientação de pais, orientação da escola e/ou outras instituições envolvidas, até internações psiquiátricas. Este aspecto de provisão ambiental, referido a cuidados para além do *setting*, apresenta-se como mais um sentido da noção de manejo na obra de Winnicott⁵⁴ que, conforme indicamos, acima, por vezes, constitui-se como o aspecto central do tratamento. A partir da compreensão de que a psicoterapia de psicóticos constitui-se, sobretudo, a partir de uma nova provisão ambiental, Winnicott permite vislumbrar tratamentos que não sejam realizados com base em uma psicoterapia propriamente dita.

⁵⁴ Este tipo de organização do cuidado em termos de manejo pode ser pensado enquanto uma função paterna, que dá sustentação, por assim dizer, à pessoa que realiza o cuidado mais direto. Este tema será abordado mais claramente quanto à clínica da tendência antissocial, dado que foi prioritariamente a partir dela que Winnicott pensou o cuidado terapêutico em termos institucionais. A este respeito Cf. seção 4.4 deste capítulo.

Neste caminho, em outra oportunidade (Cesarino, 2008), descrevemos uma possibilidade de compreensão, a partir da psicanálise winnicottiana, da clínica realizada nos Centros de Atenção Psicossocial – serviços de atenção pública em saúde mental destinados ao atendimento de casos graves de psicose – centrada na noção de manejo. Nesse contexto, todas as atividades cotidianas internas à instituição e as articulações externas (com familiares e outras instituições), assim como os cuidados fornecidos pelo profissional implicado mais diretamente no caso e a estabilidade fornecida pela instituição como um todo, foram pensadas em termos de uma clínica que se realiza prioritariamente através do manejo. Enquanto uma clínica que se baliza basicamente por provisões ambientais, realizada pela articulação de diversas instituições envolvidas no processo de cuidado de um paciente, pôde-se considerar também uma noção ampliada de *setting*, proposições que se mostraram totalmente compatíveis com o pensamento teórico e clínico de Winnicott acerca das psicoses.

Um aspecto salientado por Winnicott que dá sustentação e ilustra a radicalidade com que ele viria a encarar a clínica das psicoses em termos de uma nova sustentação ambiental, não necessariamente redutível ao *setting* psicanalítico tradicional, diz respeito a suas proposições quanto ao que ele denominou de recuperação espontânea ou autocura. Ele afirma:

É nas psicoses – e não nas neuroses – que devemos esperar exemplos de autocura. Algum evento ambiental, talvez uma amizade, pode prover uma correção da falha da provisão básica e desfazer o bloqueio que impedia a maturação de um modo ou de outro. (Winnicott, 1963a, p. 232)

Um exemplo deste tipo de situação é descrito por Winnicott referindo-se a um episódio ocorrido com um amigo seu, da época em que ainda era estudante. Em uma ocasião em que alguns jovens, entre eles Winnicott, procuravam alojamento num determinado local, ocorreu o seguinte:

Meu amigo, o poeta, que era muito alto e preguiçoso, e estava sempre fumando, caminhava por uma ladeira quando viu uma casa que lhe pareceu muito agradável. Tocou a campainha. Uma mulher veio à porta, e ele gostou da expressão de seu rosto. Então, disse: “Gostaria de alugar um quarto aqui”, ao que a mulher respondeu que tinha vaga, perguntando-lhe quando viria. Ele disse: “Já vim”. Assim, ele entrou e, quando a mulher mostrou-lhe o quarto, disse: “Acontece que estou doente, e preciso ir imediatamente para a cama. A que horas o chá será servido?” Meu amigo foi para a cama, de onde não saiu por seis meses. Em poucos dias, todos nós estávamos muito bem instalados, mas o poeta continuou sendo o favorito da proprietária. (Winnicott, 1987e, pp. 03-04)

Winnicott confere, pois, um valor curativo, no que diz respeito à psicose, a muitos fenômenos cotidianos, reconhecendo, entretanto, na psicanálise ou nas psicoterapias psicanalíticas, um grande diferencial, que diz respeito à possibilidade de compreender a raiva e utilizá-la de modo terapêutico.

Nesse ponto, o trabalho terapêutico em análise vincula-se àquele realizado pelos que cuidam de crianças, pelos amigos, pela poesia e pelas atividades culturais em geral. Mas a psicanálise tem a possibilidade de aceitar e utilizar ódio e raiva pertencentes à situação da falha original, fatores importantes capazes de destruir o valor terapêutico dos métodos não analíticos. (Winnicott, 1955d, p. 392)

Embora reconheça as limitações de um tratamento assim estabelecido, Winnicott, com essas proposições, permite vislumbrar um sentido e uma aplicação da noção de manejo em termos não psicanalíticos ou psicoterápicos, servindo como aporte para intervenções de outras naturezas, não

tradicionalmente clínicas, mas que, ainda assim, contribuem com o desenvolvimento emocional humano⁵⁵.

⁵⁵ Cf. item 5.3. do Capítulo 5 desta tese.

4.4. O manejo na clínica da tendência antissocial: a função analítica de restauração do ambiente perdido

A obra de Winnicott analisa de modo extenso o problema da tendência antissocial, embora não dê a ele um estatuto diagnóstico tal qual neurose, depressão e psicose. Para Winnicott, a tendência antissocial caracteriza-se como uma defesa que pode encobrir qualquer uma dessas patologias. A importância a ela atribuída parece estar relacionada – além da história profissional de Winnicott – ao fato de que a tendência antissocial evidencia claramente uma problemática cuja etiologia encontra-se em um padrão de falhas ambientais, apontando para mudanças significativas quanto ao método de tratamento. Neste contexto, como desenvolvemos no Capítulo 2, a noção de manejo aparece como um elemento central, questão que desenvolveremos a seguir, fornecendo uma análise mais aprofundada do tema como forma de caracterizar a especificidade deste manejo.

Diferentemente da privação ambiental (*privation*), relativa a falhas no estágio da dependência absoluta que caracterizam a etiologia das psicoses, nos casos de tendência antissocial, houve uma deprivação (*deprivation*), ou seja, uma retirada abrupta de cuidados, que foram inicialmente suficientemente bons. Ao definir o momento no desenvolvimento em que se situa a origem da tendência antissocial, Winnicott afirma, em primeiro lugar que, “o ambiente falha num estágio posterior, o estágio de dependência relativa, estágio em que a criança tem a capacidade de perceber o fato como uma deprivação real” (Winnicott, 1965h-b, p. 139) e, em outro momento, “penso no período (que vai aproximadamente dos dez meses a dois a três anos) quando me refiro à idade na qual a deprivação leva ao estabelecimento de uma tendência antissocial (Winnicott, 1989vi-b, p. 66).

Estas afirmações indicam, portanto, falhas ambientais no estágio de dependência relativa, mas também apontam para dificuldades que podem começar num período posterior, à época da elaboração do concernimento e mesmo do Complexo de Édipo. Uma possibilidade de entendimento desta questão, em Winnicott, é a consideração de que o desenvolvimento não é um processo contínuo, onde as etapas são definitivamente resolvidas. Para Winnicott, cada novo estágio, na verdade, se sobrepõe aos estágios anteriores,

sem que estes, no entanto, deixem de ser perpetuamente elaborados ao longo da vida. Nesse caminho, as conquistas relativas ao período da transicionalidade, primeiro momento do estágio de dependência relativa, são conquistas que apóiam significativamente a capacidade posterior para viver relacionamentos entre duas ou três pessoas inteiras e, de modo geral, é o que dá, segundo Winnicott, sustentação para as relações com o mundo na maturidade sentidas como pessoais e reais. Nesse sentido, tais conquistas apresentam-se como um aspecto central da compreensão da etiologia da tendência antissocial.

Por essa época, a criança está começando a estabelecer os primeiros sentidos de externalidade dos objetos e do mundo que, ao modo dos fenômenos e objetos transicionais, só podem sustentar-se na presença de um ambiente suficientemente bom (Winnicott, 1953c). Embora haja nesse período uma desadaptação da mãe, sua ausência por tempo demasiadamente longo extrapola a capacidade da criança de manter viva a experiência positiva inicial, implicando uma quebra da continuidade de ser que, nesse caso, é sentida como uma decepção. A criança, que nesse estágio já é capaz de reconhecer em alguma medida a falha como proveniente do ambiente e que já obteve experiências iniciais de cuidados satisfatórias, se sente desapossada e passa a reivindicar do ambiente aquilo que ela sente como lhe sendo próprio de direito (Winnicott, 1958c-b).

É importante notar, aqui, que o objeto subjetivo, que dá sustentação para o posterior estabelecimento do objeto transicional, é um objeto criado pelo bebê, por meio da experiência de ilusão de onipotência. O objeto transicional é, por sua vez, caracterizado como a primeira posse do bebê, ou seja, possui características de objeto externo embora esteja ainda submetido a sua onipotência. Assim, a perda do objeto é vivida pela criança, de fato, como um roubo, um desapossamento, ao qual ela, em determinadas circunstâncias, deverá reagir.

As circunstâncias a que nos referimos dizem respeito a algum tipo de atitude ambiental que suscite esperança de recuperação do ambiente perdido e, neste caso, a criança produz sintomas como forma de mobilização do ambiente. Na vida da criança ocorrem diversos tipos de falhas que, em sendo atendidas a tempo, não constituem traumas. De modo geral, a boa mãe é

capaz de perceber a falha e restituir à criança o que lhe foi tirado por meio de um período de mimos. A ameaça da perda do objeto é então restituída pela mãe por um período de plena adaptação, através do qual a criança possa, outra vez, sentir confiança e, por isso, gradualmente, prescindir da presença maciça da mãe.

Por outro lado, quando o ambiente não é capaz de restituir, a tempo e a contento, a criança por suas falhas, desenvolvem-se sintomas que caracterizam a tendência antissocial propriamente dita. Tais sintomas – enurese, roubo, mentira, destrutividade, entre outros⁵⁶ – correspondem, pois, a uma reclamação pelas falhas ambientais, um grito de requisição, buscando recuperar e reconstituir a confiabilidade do ambiente, o que, segundo Winnicott, implica em esperança: é justamente a partir da concepção de que o ambiente possa ser capaz de restituí-la, que a criança atua (*acting out*) (Winnicott, 1958c-b).

Do ponto de vista do tratamento, faz-se, portanto, indispensável, a sustentação de um ambiente confiável, capaz de compreender o ato antissocial como “como um SOS, um *cri de couer*, um sinal de aflição” (Winnicott, 1965ve-a, p. 282), pelo menos em um estágio inicial do adoecimento, no qual ainda

⁵⁶ Os distintos sintomas da tendência antissocial remetem a especificidades cada vez mais sutis quanto ao tipo de falha ambiental e ao momento do amadurecimento em que ela ocorreu. Tendo em vista uma caracterização mais geral, a que nos propomos aqui, cabe ainda mencionar, além das dificuldades em torno do estágio da transicionalidade, problemas que podem surgir no estágio do uso do objeto, que é também parte da dependência relativa. Na introdução à Parte Três de “Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil” (Winnicott, 1971b), Winnicott afirma que, *grosso modo*, poder-se-ia distinguir dois tipos de tendência antissocial: o primeiro relativo à perda do cuidado materno ou de um objeto bom, dando origem a sintomas como furto, enurese, falta de asseio ou outras delinquências menores e, o segundo tipo, a privação ocorre “em termos do pai ou da qualidade na mãe que mostra que ela tem o apoio de um homem; isto inclui a atenção dela, ou talvez sua capacidade para resistir a ataques e ser capaz de reparar estragos feitos nas roupas, tapetes, paredes ou janelas da casa” (Winnicott, 1971b, p. 230). Nestes casos, a tendência antissocial se apresenta, sobretudo, em forma de destrutividade. Nesse sentido, enquanto o primeiro caso apresenta mais claramente uma problemática em torno da constituição e manutenção do objeto transicional, o segundo caso sugere dificuldades em torno da função ambiental no estágio do uso do objeto, no qual, como sabemos, a criança está às voltas com a criação da externalidade do mundo e, com isso, com a capacidade de distinguir fato de fantasia. Tudo isso envolve destrutividade e é fundamental que o ambiente seja capaz de sobreviver a ela para que estas conquistas se efetivem. Caso isso não ocorra, estabelece-se um sentimento de insegurança quanto ao ambiente, em especial, quanto a ser contido nesse ambiente, de modo que a criança precisa continuar testando-o compulsivamente. Com um ou outro enfoque, em linhas gerais, o tratamento deverá se guiar por uma modo de restituir a criança da perda do ambiente confiável.

não se estabeleceram ganhos secundários significativos⁵⁷. Isto implica da parte do terapeuta, por um lado, “a admissão das reivindicações de direitos do paciente em termos do amor e confiabilidade de uma pessoa” (Winnicott, 1965ve-a, p. 282) e, por outro, “o fornecimento de uma estrutura de suporte do ego que seja relativamente indestrutível” (Winnicott, 1965ve-a, p. 282). Implica, pois, em confiabilidade e sobrevivência, tarefas quase inaparentes e silenciosas, cuja viabilidade de realização no *setting* analítico tem de ser avaliada em pelo menos dois sentidos. Há casos em que o ambiente familiar da criança apresenta condições de, com o apoio e orientação de um terapeuta, fornecer o cuidado necessário e isto é mais indicado do que o tratamento psicanalítico, que não poderia, de modo prático, dispensar o mesmo tempo e acompanhamento. Além disto, nesses casos, a criança pode ser restituída por seu ambiente original, o que pode ser de grande valor para ela. Há também que se considerar os casos em que, dada a intensidade das atuações, a capacidade individual de um terapeuta vê-se extrapolada, exigindo intervenção de ambientes institucionais de diversas naturezas. Neste aspecto, descortina-se um sentido de manejo não redutível ao tratamento psicanalítico *stricto sensu*.

A compreensão de que o ato antissocial é uma expressão de esperança é vital no tratamento de crianças que apresentam tendência antissocial. Vemos constantemente o momento de esperança ser desperdiçado, ou desaparecer, por causa de mau manejo ou intolerância. É outro modo de dizer que o tratamento da tendência antissocial não é psicanálise, mas manejo, uma conduta no sentido de ir ao encontro do momento de esperança e corresponder a ele. (Winnicott, 1958c-a, pp. 123-124)

⁵⁷ A distinção de formas de adoecimento, no âmbito da tendência antissocial, que já estabeleceram ou que ainda não estabeleceram ganhos secundários é importante porque dela depende, *grosso modo*, a viabilidade ou não do tratamento. Esta discussão será abordada em maiores detalhes a seguir.

Essas considerações nos permitem afirmar que uma nova provisão ambiental, em termos de restauração do ambiente perdido, corresponde ao sentido mais específico da noção de manejo no tratamento da tendência antissocial e que isso pode ser pensado tanto em termos de cuidados especiais dispensados pela família ou por instituições, quanto em termos de tratamento em um *setting* propriamente psicanalítico.

De modo geral, Winnicott propõe que a viabilidade ou não de um tratamento da tendência antissocial depende da gravidade das atuações que o paciente, no momento de esperança, pode produzir. “Num caso de gravidade moderada, a atuação pode ser manejada, desde que o terapeuta entenda seu intuito e significação” (Winnicott, 1965ve-b, p. 248). Isto significa que as atuações ficam restritas ao âmbito da transferência, no caso de tratamentos nos moldes do *setting* psicanalítico tradicional, sendo utilizadas de maneira produtiva para o desenvolvimento do caso ou que ficam sujeitas ao que Winnicott denomina de “cura natural”, a saber, um tipo de sustentação ambiental promovida por contextos já existentes, sejam eles instituições de distintas naturezas ou o próprio ambiente familiar.

Entretanto, no que diz respeito aos casos graves, “essas fases [de atuação] apresentam, quanto ao manejo e quanto ao tratamento, dificuldades tão grandes que a lei (sociedade) assume o controle e, ao mesmo tempo, a psicoterapia entra em recesso” (Winnicott, 1965ve-b, p. 249), situações que apresentam, portanto, limites claros no que diz respeito ao tratamento. Nestes casos, caberá às instituições orientadas fundamentalmente pelo sistema jurídico determinar as condições ambientais sob as quais estarão alocadas estas pessoas, condições estas que, como veremos, podem cumprir certa função terapêutica, embora sua vocação principal, declaradamente, não seja esta.

Esquemáticamente, Winnicott propõe que uma exposição sobre o tratamento dos distúrbios de caráter “pode começar com a afirmação de que esse tratamento é igual ao de qualquer outro distúrbio psicológico, a saber, psicanálise, se for acessível” (Winnicott, 1965ve-a, p. 284). Mas, a esta afirmação, assevera ele, devem seguir-se algumas considerações, as quais descreveremos a seguir, comentando-as uma a uma, como forma de fazer notar que os diversos modos possíveis de cuidar/abordar os distúrbios de

caráter estão sempre relacionados a certo tipo de provisão ambiental e, portanto, ao manejo, mas nem sempre acessíveis ao tratamento estritamente psicanalítico.

(1) A psicanálise pode ser bem-sucedida, mas o analista pode esperar encontrar a atuação (*acting-out*) na transferência e deve entender o significado dessa atuação e estar apto a conferir-lhe valor positivo (Id. Ibid.).

Trata-se de situações onde o tratamento psicanalítico é acessível, desde que este seja compreendido através do que Winnicott propôs enquanto *análise modificada*, a saber, a suspensão temporária ou permanente da função interpretativa, em seu sentido de revelação do inconsciente reprimido, para dar ênfase a uma série de funções adaptativas que, no caso da patologia em questão, assumem um sentido específico de sobrevivência do analista. Trata-se de não desistir e de não retaliar e, com isto, reassegurar a confiabilidade e a consistência do ambiente. Nestas situações, o tratamento é realizado fundamentalmente em termos de manejo, embora fique restrito ao contexto da transferência e do *setting* psicanalítico tradicional. Aqui, os problemas de manejo derivam da tensão específica a que o analista fica submetido, dado que o paciente busca reunir provas de que ele, o analista, é capaz de odiá-lo objetivamente, pois, somente a partir disto, o paciente poderá sentir-se amado consistentemente porque, ainda assim, não fora abandonado. Dessa maneira, a capacidade do analista de sentir ódio e de utilizá-lo de maneira positiva na análise é um aspecto fundamental (Cf. Winnicott, 1949f).

(2) A análise pode ser bem sucedida mas ser difícil, porque a doença escondida possui características psicóticas, de modo que o paciente deve adoecer (tornar-se psicótico, esquizoide) antes de começar a melhorar; e todos os recursos do analista serão necessários para lidar com os mecanismos primitivos de defesa, que serão uma característica. (Id. Ibid.)

Neste caso, surgem novos aspectos de manejo, devido à necessidade de regressão a estágios mais iniciais de dependência que se ocultava no paciente.

Trata-se de situações clínicas onde o fundamental é a provisão e a manutenção de um ambiente confiável a fim de que o paciente possa recobrar a esperança de que uma nova provisão ambiental seja possível e, com isto, regredir à dependência. Podem passar-se, a partir daí, longos períodos em que diversos tipos de cuidados ambientais são necessários e o trabalho analítico, também aqui, se realiza em termos de manejo, se diferindo da situação anterior, onde o paciente busca a restauração do ambiente perdido, pelo fato de que, nestes casos, muito do que o paciente recebe em termos de provisão ambiental se realiza, por assim dizer, pela primeira vez. Embora possam ser tratados com eficácia nos limites do *setting* psicanalítico tradicional, estes casos podem exigir cuidados ambientais tão intensivos que, não poucas vezes, exigem manejo extra *setting*, evidenciando, pois, a necessidade de que o analista seja capaz de ocupar funções não tradicionais (Cf. Winnicott, 1965d-b; 1984i).

(3) A análise pode estar sendo bem-sucedida mas, como a atuação não se limitou à relação de transferência, o paciente é posto fora do alcance do analista por causa da reação da sociedade à tendência antissocial do paciente ou por causa da ação da lei. Há, neste caso, margem para uma grande variação, em virtude da variabilidade da reação da sociedade, que vai desde a vingança pura e simples até uma expressão da boa-vontade da sociedade em dar ao paciente uma oportunidade para realizar uma socialização tardia. (Id. Ibid., pp. 284-285)

Nestes casos, a análise caminha bem, o paciente recobra a esperança no ambiente e, por isto mesmo, começa a atuar, mas as atuações ultrapassam os limites do *setting* psicanalítico. A análise, nesse sentido, cumpre adequadamente sua função, embora isto acabe por acarretar problemas com a sociedade que, a partir de então, se encarrega de dar destino ao caso. O modo de fazê-lo varia de acordo com o entendimento que as leis sociais poderão vir a construir sobre o caso e com os tipos de instituições já estabelecidas socialmente, podendo ir desde uma atitude estritamente punitiva até a provisão

de um ambiente que se adeque, em maior ou menor grau, às necessidades do paciente. Neste último caso, podemos vislumbrar a noção de manejo como uma intervenção claramente não psicoterápica, uma vez que a provisão ambiental que poderá ser fornecida – e que poderá, inclusive, ter efeitos terapêuticos – não é conduzida por um terapeuta ou analista e nem mesmo está determinada com base em um pensamento psicoterapêutico, seja ele psicanalítico ou não.

(4) Em muitos casos, o distúrbio incipiente do caráter é tratado, e tratado com êxito, no lar da criança, por uma fase ou por fases de manejo especial (tratá-la com mimos), ou por cuidados especialmente pessoais ou controle rigoroso por uma pessoa que ama a criança. Uma extensão disso é o tratamento de distúrbio de caráter incipiente ou precoce sem psicoterapia, por gestão em grupos preparados para dar o que a própria família da criança não pode dar em termos de manejo especial (Winnicott, 1965ve-b, p. 250).

A noção de cura natural ou recuperação espontânea foi tratada algumas vezes na obra de Winnicott e possui relações estreitas com a noção de manejo enquanto provisão ambiental (Cf. Winnicott, 1963a). Este tipo de cura, que diz respeito à mobilização de um ambiente próximo, que passa a prover uma série de cuidados especiais pelo tempo necessário, foi abordado por Winnicott nos casos em que a etiologia da patologia se refere a falhas na provisão ambiental nos estágios mais iniciais, entre os quais se encontram as psicoses e a tendência antissocial. Neste último caso, esta possibilidade de cura está mais relacionada aos estados iniciais do surgimento da patologia, se aplicando, nesse sentido, mais aos casos de crianças. Em geral, a família (ou um ambiente mais direto da criança) reconhece a falha e passa, a partir de então, a restituir o cuidado que fora perdido, por meio de um período de “mimos”. Estas situações mostram mais uma aplicação da noção de manejo que não diz respeito necessariamente a um cuidado psicoterápico ou psicanalítico, embora isto possa também ser orientado por um terapeuta ou analista. Exemplos disto podem ser encontrados na descrição de casos clínicos ao longo da obra (Cf. Winnicott, 1955b-b, 1965f), onde Winnicott sustenta com as famílias a provisão

de um cuidado que é quase completamente realizado por elas. Uma extensão deste tipo de atuação clínica é também o que sustenta o procedimento clínico das Consultas Terapêuticas, procedimento este que, afirma Winnicott (1971vc), só pode ser realizado com eficácia na medida em que haja um ambiente familiar minimamente estruturado para dar conta das necessidades da criança⁵⁸. Nestes casos, temos também um exemplo de como o manejo pode ser realizado pelo analista ou terapeuta em termos de função paterna, a saber, dando a sustentação necessária para que a pessoa que se encontre na posição direta de cuidado possa suportar as tensões inerentes a sua função e realizá-la de maneira confiante (Winnicott, 1965r, 1965vc).

(5) Na época em que o paciente chega para tratamento, poderá existir já a manifestação de uma tendência antissocial fixada, e uma atitude endurecida no paciente, fomentada pelos ganhos secundários; nesse caso a questão de psicanálise não se levanta. Então, o objetivo é fornecer um manejo firme, por pessoas compreensivas, e fornecer isso como tratamento, antes que venha a ser dado como corretivo por ordem de um tribunal. Psicoterapia pessoal poderá ser acrescentada, se houver condições. (Winnicott, 1965ve-b, p. 250)

Nestes casos, a patologia encontra-se em uma fase mais avançada, de modo que o ato antissocial já não é mais vivido pelo paciente como um ato de desespero, que fale a respeito de seu sofrimento. De outra forma, as defesas ganham tamanha estruturação, a ponto de que o sofrimento já não se encontra mais acessível ao paciente e a ênfase recai sobre os ganhos secundários da doença, o que caracteriza a formação de um distúrbio de caráter propriamente dito. O diagnóstico deste tipo de situação é de extrema importância, tanto para que um tratamento psicanalítico ou psicoterápico não se inicie, quanto para que o analista ou terapeuta tenha condições de encaminhar o caso da melhor maneira possível. Este encaminhamento inclui, pois, a noção de manejo como ação mais firme e rigorosa do ambiente em contextos institucionais que

⁵⁸ Uma discussão sobre as consultas terapêuticas e outras modalidades clínicas que contam com o cuidado familiar como parte inerente ao tratamento encontra-se na seção 5.2 do Capítulo 5.

possam ter uma compreensão sobre a questão a ponto de poderem fazer às vezes de um tratamento. O tratamento psicoterápico ou psicanalítico, nestes casos, só poderá ocorrer a medida em que haja um ambiente se encarregue do manejo da situação nestes termos, o que também corresponde a uma função paterna, que, deste modo, possibilita que uma psicoterapia pessoal ocorra, dando sustentação ao terapeuta que ocupa a posição mais direta de cuidado.

(6) O caso de distúrbio do caráter pode apresentar-se como um caso judicial, sendo a reação da sociedade representada pelo inspetor da liberdade condicional, ou pelo encaminhamento para um reformatório ou uma instituição penal (Winnicott, 1965ve-a, p. 285)

Este último caso diz respeito a situações que ou não foram diagnosticadas a tempo do ponto de vista psicológico, ou não foram tratadas a tempo de não se tornarem socialmente um caso judicial. O recolhimento que deriva da decisão judicial pode implicar em diversos tipos de abordagens, conforme apresentamos no item (3), que variam enormemente em termos de sua adequabilidade a patologia em questão. Ainda assim, Winnicott reconhece, nestas situações, a possibilidade de que venham a estabelecer um sentido terapêutico, que, segundo ele, corresponde também a uma “cura natural”, não pela mobilização da família, mas pela mobilização da sociedade no sentido de encarregar-se da situação e enfrentá-la com firmeza. Segundo ele, isto “é o melhor que algumas crianças desapossadas conseguirão por intermédio de manejo satisfatório” (Winnicott, 1965ve-b, p. 250), evidenciando, mais uma vez, um sentido da noção de manejo que não diz respeito a um tratamento psicanalítico ou psicoterápico, mas a uma provisão ambiental que, dependendo de suas características, poderá ou não produzir efeitos terapêuticos.

Tendo analisado algumas das distintas modalidades de cuidado que podem ser oferecidos como resposta a este problema, cabe, pois, notar, que nem tudo pode ser considerado psicanálise e nem mesmo psicoterapia, embora, com Winnicott, seja preciso reconhecer que toda psicoterapia e toda psicanálise sempre ocorre baseada e contando com um tipo de sustentação ambiental, que é, nesses casos, o fundamental da tarefa terapêutica (Cf.

Winnicott, 1958h). Neste sentido, faz-se também necessário reconhecer que existe um amplo conjunto de práticas de cuidado e sustentação ambiental (assistência social, práticas educativas, o próprio modo de funcionamento de uma instituição, etc.) que, assim sendo, não são psicoterapias propriamente ditas, mas podem produzir efeitos terapêuticos significativos, em determinadas situações, de forma inclusive mais eficaz que uma psicoterapia pessoal ou de uma psicanálise.

Cabe ainda reiterar que, por meio do desenvolvimento da noção de manejo e de sua aplicação clínica aos casos de tendência antissocial, Winnicott viria a propor modificações no próprio método de tratamento psicanalítico geral, que compreenderia não somente como uma prática interpretativa mas, sobretudo, como um tipo de provisão ambiental. A este respeito, afirmou: “na assistência residencial é possível fornecer certas condições ambientais que, de fato, precisamos entender mesmo quando estamos fazendo psicanálise rigorosamente clássica” (Winnicott, 1984g, p. 253). Pode-se afirmar, deste modo, que a noção de manejo amplia o campo de atuação da psicanálise, seja ela realizada dentro dos moldes tradicionais, ou seja utilizada como base teórica para o desenvolvimento de outras práticas, psicoterápicas ou não⁵⁹.

⁵⁹ A noção de manejo relacionada ao desenvolvimento de modalidades clínicas que não são psicoterapias propriamente ditas, bem como ao desenvolvimento de práticas de cuidado em campos não clínicos será abordado no capítulo seguinte, em especial, nas seções 5.2 e 5.3.

Capítulo 5. Especificidades de manejo clínico em termos de distintas modalidades de atendimento

5.1. Análise modificada no *setting* tradicional

Nesta seção, apresentamos uma análise de dois casos clínicos conduzidos e publicados por Winnicott, que foram selecionados por conterem, na sua discussão, uma abordagem específica do tema da inaplicabilidade da técnica tradicional. O primeiro caso relativo à necessidade de uma regressão clínica, em que o padrão defensivo ocultava elementos psicóticos da personalidade e o segundo caso relativo a um problema de dissociação, em que a capacidade simbólica não se desenvolveu satisfatoriamente. Tem-se aí um exemplo vivo de Winnicott trabalhando como um “psicanalista fazendo outra coisa mais adequada à ocasião”, o que, pretendemos discutir a partir da noção de manejo.

5.1.1. Ilustração do trabalho clínico de Winnicott em um caso de regressão à dependência

Em um artigo de 1963, Winnicott (1963a) escreve um fragmento de um caso clínico, a partir do qual são explicitados alguns dos principais aspectos presentes no tratamento dos estados regredidos. Trata-se de uma jovem paciente que já havia tido uma experiência longa de análise que, seguindo o modelo tradicional, desencorajava qualquer movimento no sentido da regressão. Esta paciente apresentava-se extremamente independente, chegava a tornar-se ‘durona’ e possuía uma capacidade intelectual bastante expressiva. Contudo, segundo o relato de Winnicott, um sentimento de irrealidade e futilidade se fez presente logo no início da análise, assim como o fato de que, com excessiva facilidade, algo central em sua personalidade apresentava-se sob ameaça de aniquilamento.

A dinâmica das sessões ocorria da seguinte maneira: a paciente chegava como se viesse a uma visita social, relatava as percepções intelectuais de si mesma e do ambiente de modo bastante claro, havia muito silêncio e, próximo ao fim da sessão, ela se lembrava de um sonho, nos quais ela sempre vinha representada por criaturas frágeis e, muitas vezes, mutiladas.

Embora a paciente tenha logo apresentado um movimento no sentido de uma regressão, o que exigiria um trabalho extremamente cuidadoso por parte do analista, a condução do caso passou por alguns imprevistos. Já no início da demanda pelo tratamento, a paciente teve de esperar alguns meses antes que Winnicott pudesse vê-la, o que ocorreu a princípio, somente uma vez por semana. Posteriormente, lhe foi possibilitado sessões diárias, no entanto, exatamente quando Winnicott tinha marcada, de antemão, uma viagem de um mês para o exterior.

Nessa ocasião, a paciente teve um sonho que revelaria uma reação ao afastamento de Winnicott neste momento tão delicado do tratamento. Neste sonho, a paciente possuía uma tartaruga, cuja casca era mole, de modo que se encontrava desprotegida e poderia sofrer. No sonho, ela matava a tartaruga para salvá-la do sofrimento intolerável que poderia vir a ter. Deste sonho, Winnicott compreende que a “tartaruga era ela mesma e indicava uma tendência ao suicídio. Era para curar essa tendência que ela havia vindo se tratar” (Winnicott, 1963a, p. 225). Considerando tratar-se de um sofrimento em torno da problemática da dependência, o afastamento de Winnicott e a interrupção do tratamento, neste momento impróprio do processo da paciente, “reconstituiu um episódio traumático ou uma série de episódios de seu próprio tempo de lactente” (Winnicott, 1963a, p. 225). Como reação, a paciente desenvolveu uma doença física, que apresentava sua tendência ao suicídio localizada, neste caso, em um órgão do corpo. A este respeito, Winnicott afirma:

Era, por assim dizer, como se eu a tivesse sustendo e então ficasse preocupado com algum outro assunto, de modo que ela se sentiu aniquilada. Esta foi sua palavra

para aquilo. Ao se matar ela conseguiria controle sobre ser aniquilada no momento de ser dependente e vulnerável. (Winnicott, 1963a, p. 226)

Neste ponto, cabe retomar brevemente as concepções de Winnicott no que tange à necessidade de regressão à dependência, reconhecida clinicamente nesta paciente. Segundo o autor, nestes casos, houve uma interrupção do amadurecimento nos seus estágios iniciais devido a falhas na adaptação ambiental, falhas estas que lançam o bebê à vivência de agonias impensáveis, cuja característica é de se imporem como invasões, incapazes de serem abarcadas pela área de experiência do bebê. Tal situação apresenta como única alternativa a organização de estratégias defensivas visando à proteção contra novas possíveis falhas, o que ocorre às custas da interrupção da continuidade de ser de modo pessoal ou, em outras palavras, do congelamento do processo de amadurecimento. Este congelamento, segundo Winnicott, define-se pela coexistência de um estado defensivo contra a vivência de novas agonias e da necessidade premente de chegar à situação da falha, de forma a poder experienciá-la, agora com uma nova provisão ambiental (Winnicott, 1974).

No caso desta paciente, a aparente independência e a bem desenvolvida capacidade intelectual funcionaram como defesa, ocultando e protegendo, por assim dizer, o aspecto imaturo de sua personalidade que temia ser novamente ferido, um tipo de estruturação defensiva que parece corresponder a um caso especial de cisão entre falso e verdadeiro *self*, em que a atividade mental funciona como um falso *self* (*split of mind*). A este respeito, Winnicott afirma:

Quando ocorre esta dupla anormalidade, (1) o falso self organizado para ocultar o self verdadeiro, e (2) uma tentativa por parte do indivíduo para resolver o problema pessoal pelo uso de um intelecto apurado, resulta um quadro clínico peculiar, que muito facilmente engana. O mundo pode observar êxito acadêmico de alto grau, e pode achar difícil acreditar no

distúrbio do indivíduo em questão, que quanto mais é bem sucedido, mas se sente falso. (Winnicott, 1965m, p. 132)

A etiologia deste tipo de distúrbio alude, segundo Winnicott (1954a, 1988), ao período do desmame, na passagem da dependência absoluta para a dependência relativa, no qual entra em cena o desenvolvimento das funções intelectuais que, na saúde, contribui para o fortalecimento da união psicossomática que fundamenta o ser e que, assim sendo, permite que as experiências sejam vividas como reais e pessoais.

De início, o ambiente deve proporcionar 100% de adaptação à necessidade, pois de outra forma o estado do ser é interrompido pela reação à intrusão. Em breve, porém, a adaptação total já não é mais necessária, e uma desadaptação gradual se revela muito útil (além de ser inevitável). O intelecto começa a explicar, admitir e antecipar a desadaptação (até certo ponto), transformando assim a desadaptação novamente em adaptação total. As experiências são catalogadas, classificadas e relacionadas a um fator tempo. (Winnicott, 1988, p. 161)

Há, entretanto, um tipo de falha materna, característica da mãe errática, que diz respeito à realização de uma desadaptação abrupta, que explora a capacidade intelectual da criança, resultando em uma hiperatividade do funcionamento mental como forma de substituir a mãe ausente e torná-la desnecessária. A mente, neste caso, faz às vezes do ambiente, o que implica em uma cisão com ser psicossomático. As pessoas que sofrem deste tipo de problema tornam-se, pois, aparentemente, muito independentes e dotadas de uma grande capacidade intelectual, entretanto, desprovidas do sentimento de realidade de si mesmo, que só pode se constituir pela boa experiência de uma relação de dependência com o ambiente.

A falsidade desses padrões para a expressão da personalidade fica evidente na prática. Há sempre a ameaça do colapso, porque o indivíduo precisa permanentemente encontrar alguém que tornará real o seu conceito de 'bom ambiente', para que esse indivíduo possa retornar ao estágio do psicossoma dependente, único lugar a partir do qual é possível viver. (Winnicott, 1954a, p. 337)

Pode-se afirmar, neste sentido, que, no caso da paciente em questão, a necessidade de viver uma experiência bem sucedida de dependência mobilizou o movimento regressivo. Entretanto, em situação de regressão, esta paciente, reviveu a falha ambiental (o afastamento de Winnicott) e voltou a se defender, apresentando uma tendência ao suicídio, que, nesta ocasião, se expressou por meio do adoecimento físico. Ante a possibilidade de ver-se aniquilada por uma nova invasão ambiental, a defesa consolida-se na forma de um aniquilamento que é produzido ativamente, mas que comporta também a própria necessidade de viver a dependência de modo satisfatório, considerando que, numa situação de doença, o ambiente, em geral, se organiza em função do cuidado. Entretanto, como salienta Winnicott, sucumbir a uma doença psicossomática “traria o tão necessitado cuidado, mas não o *insight* ou o cuidado mental que pode realmente fazer a diferença” (Winnicott, 1963a, pp. 228-229).

De que se trata, pois, este cuidado mental que faria a diferença?

Na ocasião, Winnicott esclarece que havia uma grande quantidade de material em termos de sadismo oral, ou seja, do amor reforçado pela raiva, que poderiam ser utilizados para interpretar a relação da paciente com ele e com todos os outros que a haviam abandonado, inclusive sua mãe na ocasião do desmame. Mas, levando em conta a natureza do material que havia sido apresentado, Winnicott considera que, se tivesse seguido este caminho, “então teria sido um mau analista fazendo boas interpretações” (Winnicott, 1963a, p. 228). Refletindo sobre os possíveis efeitos de uma interpretação tradicional no caso, Winnicott afirma que esta levaria a produzir, em uma personalidade mais

amadurecida, raiva ou excitação, e essas emoções ainda não eram possíveis de serem vividas como experiência pessoal por esta paciente, de modo que elas apareciam como doenças físicas, como um fator externo a ela, um elemento invasivo que contribuía para sua tendência ao suicídio:

seu ego era incapaz de acomodar qualquer emoção forte. Ódio, excitação, medo – cada qual se separava como um corpo estranho, e se tornava com excessiva facilidade localizado em um órgão do corpo que entrava em espasmo e tendia a se destruir. (Winnicott, 1963a, p. 228)

Em diversos momentos de sua obra⁶⁰, Winnicott afirma que em casos que apresentam necessidade de regredir, onde a problemática central é relativa à dependência inicial, o trabalho interpretativo tradicional deve ser suspenso e o analista deve ser capaz de, por identificação, adaptar-se às necessidades do paciente, provendo e sustentando um ambiente suficientemente bom. Esta outra orientação do trabalho analítico, que fora utilizada neste caso, embora não esteja assim formulada no texto em questão, é designada por Winnicott, conforme vimos apresentando neste trabalho, em termos de manejo.

Esta outra orientação leva-me à compreensão que temos em nós mesmos e que nos faz saber que devemos evitar viajar logo após iniciar uma análise. É a percepção da vulnerabilidade do paciente, o oposto à força do ego. Satisfazemos as necessidades dos pacientes de inúmeras maneiras, porque sabemos mais ou menos como o paciente está se sentindo, e podemos encontrar o equivalente do paciente em nós mesmos. Isso tudo é feito silenciosamente, e o paciente habitualmente permanece inconsciente do que fazemos bem, mas se torna consciente do papel que desempenhamos quando as coisas

⁶⁰ C.f. Winnicott (1955d, 1956a, 1965vd).

vão mal. É então, quando falhamos a este respeito, que o paciente reage ao imprevisível e sofre uma quebra da continuidade de sua existência. (Winnicott, 1963a, p. 226)

A consideração do manejo como um elemento central da clínica dos estados regredidos se apoia, portanto, na aceitação da condição de dependência que leva, por sua vez, ao exame do comportamento e do modo de ser do ambiente, neste caso, do analista. No caso em questão, Winnicott esclarece que, além do fornecimento de sessões diárias, o fato de um movimento de regressão haver se iniciado nesta análise estava relacionado com a verificação, por parte da paciente, de que o material não era utilizado de modo brusco para ser interpretado: “a paciente me disse que o motivo principal que a levava a este envolvimento na dependência, tão rápido e involuntário, era o fato de eu permitir que as coisas acontecessem e querer saber o que cada sessão traria” (Winnicott, 1963a, p. 229). Sua história de vida junto com a experiência de longos anos de análise tradicional já a haviam deixado habituada a se defender da dependência, por meio da organização de uma vida independente e da utilização de sua capacidade intelectual. O estado de regressão que se desenvolvera nesta análise fora, portanto, resultante do adequado manejo e da confiabilidade estabelecida por este modo silencioso de comunicação.

Há que considerar que, em estado de regressão, do ponto de vista transferencial, o paciente encontra-se em uma condição de dependência do analista equivalente à situação original e desta maneira, o estado regressivo desta paciente a deixava altamente sensível a qualquer comportamento de Winnicott que não estivesse de acordo com as suas necessidades, razão pela qual se sentiu ameaçada de aniquilamento com o anúncio da viagem de Winnicott. Tratava-se de uma falha pré-matura, não daquela, diz Winnicott, “que ela me fará falhar de maneira determinada por sua própria história” (Winnicott, 1963a, p. 233).

Neste ponto, Winnicott, reconhecendo que, em função da natureza da problemática, sua viagem consistia em uma falha ambiental, lança mão de uma

interpretação⁶¹ que, segundo ele, permitiu com que a paciente se sentisse aliviada e se tornasse capaz de aceitar sua viagem. Isto também coincide com uma melhora do quadro clínico, também parcialmente, comenta Winnicott, porque ela vinha recebendo cuidados médicos adequados.

Ao que consta, esta interpretação fornecida seguia os seguintes termos:

No decurso de uma conversa em que fizemos planos para o futuro e discutimos a natureza de sua moléstia e os riscos inerentes à continuação do tratamento, eu disse: “Pois eis você doente, e podemos observar que a doença física oculta uma reação extrema à minha partida, embora você não seja capaz de atingir uma percepção direta pelo sentimento da mesma. De modo que você poderia dizer que eu lhe causei a doença como outros a fizeram ficar doente quando você era um bebê, e poderia ficar braba”. Ela respondeu: “Mas não estou”. (Na verdade ela me mantém numa posição idealizada e tende a achar que médicos do corpo são perseguidores.) Então repliquei: “O caminho é este, amplamente aberto para o seu ressentimento e raiva mas esta se recusa a trilhar esse caminho”. (Winnicott, 1963a, p. 229)

Neste ponto, cabe-nos perguntar o que Winnicott tem em mente ao formular esta interpretação. Considerando a situação de dependência da paciente devido à regressão, é possível afirmar que a falha do analista foi vivida como um fracasso do si mesmo pessoal, dado que, nesta condição, o comportamento do ambiente faz realmente parte da condição de existência daquele que se encontra na posição de ser cuidado. Em condições ideais, a situação de dependência precisaria ser sustentada pelo analista por um longo período, possibilitando a retomada do amadurecimento pessoal que, gradualmente, permitiria a capacidade de distinguir-se do analista. Esta

⁶¹ Interpretação, neste contexto, deve ser compreendida segundo a concepção winnicottiana deste termo. A este respeito cf. item 3.2 do capítulo 3 desta tese.

condição permitiria à paciente, na ocasião de uma falha, vir a experimentar raiva ou ressentimento, a medida em que agora o caráter externo da falha poderia ser percebido e, por isso mesmo, não mais experienciado como uma interrupção na própria existência. Esta seria a falha determinada pela própria história da paciente, a que Winnicott se refere, que precisaria ser experienciada na relação com o analista. Mas Winnicott sabe que seu afastamento constituiu-se em uma falha pré-matura e é neste sentido que ele formula sua comunicação (interpretação), que retomamos a seguir:

“Eis você doente, e podemos observar que a doença física oculta uma reação extrema à minha partida, embora você não seja capaz de atingir uma percepção direta pelo sentimento da mesma”. Aqui, Winnicott reconhece plenamente a condição de imaturidade e de dependência da paciente, o que implica em reconhecer sua própria falha na adaptação à paciente, assim como as falhas ambientais originais que se encontram na etiologia do seu estado atual: “de modo que você poderia dizer que eu lhe causei a doença como outros a fizeram ficar doente quando você era um bebê, e poderia ficar braba”, abrindo, pois, o caminho para sentimentos de raiva e ressentimento, que, contudo, ele reconhece, a paciente ainda não se encontra em condição de experienciar.

Deste modo, ainda que utilize a compreensão intelectual da paciente para tratar do assunto em questão, e que o faça em termos de comunicação verbal, Winnicott apresenta o material de modo a reconhecer plenamente a falha pré-matura. Aí está contido outro aspecto da comunicação, de natureza silenciosa, que reconhece tacitamente e legítima sua necessidade de regressão e sua maneira de reagir à falha. Este parece ter sido o aspecto essencial da comunicação, que pode ser recebido pela paciente como uma forma de adaptação:

O surpreendente é que uma interpretação pode levar a uma mudança e pode-se apenas presumir que a compreensão em nível profundo e no momento exato são formas consistentes de adaptação. Neste caso, por exemplo, a paciente se tornou

capaz de enfrentar minha ausência porque sentiu (em um nível) que agora ela não estava sendo aniquilada, mas, de modo positivo, estava sendo mantida em existência por ter uma realidade como objeto de minha preocupação. (Winnicott, 1963a, p. 226)

Assim, Winnicott faz atentar para o fato de que a comunicação que efetivamente imprimiu um efeito na situação era de natureza silenciosa, aquela que diz respeito ao fato de que ele realmente encontrava-se preocupado com a paciente, uma vez que, reconhecendo sua necessidade de regressão, reconhecia também o momento impróprio de sua partida. O conteúdo verbalizado por ele, por assim dizer, não era tão importante quanto o fato de que a comunicação estava de acordo com a natureza do material apresentado, demonstrando a possibilidade de compreensão do analista com relação à problemática enfrentada pela paciente.

Trata-se, pois, de uma interpretação que, ao modo winnicottiano, serve aos fins de manejo, razão pela qual Winnicott se refere a ela como uma forma consistente de adaptação, que possibilitou à paciente um sentido de sustentação, que agora, conforme ele comenta, podia ser mantida em existência por ter uma realidade como objeto de preocupação de seu analista.

5.1.2 Ilustração do trabalho clínico de Winnicott em um caso de dissociação

Em um artigo publicado em 1971, Winnicott (1971h) discute um fragmento de um tratamento empreendido por ele, cuja paciente possuía algum grau de estruturação da personalidade, mas, ainda assim, o caso ilustra modificações e contribuições significativas à clínica psicanalítica. Trata-se de uma mulher de meia-idade que começava a dar-se conta de que algo em torno da atividade de fantasiar ou devanear perturbara toda sua vida. Embora fosse uma pessoa com talentos excepcionais e potencial para diversos tipos de expressão artísticas,

não era capaz de qualquer realização, uma vez que tudo que lhe acontecia, acontecia apenas em fantasia.

A paciente pode estar sentada em seu quarto e, enquanto não faz absolutamente nada, exceto respirar, ela (em sua fantasia) pintou um quadro ou fez um trabalho interessante em seu emprego ou esteve dando um passeio pelo campo; do ponto de vista do observador, porém, nada disso aconteceu. De fato, nada tem probabilidade de acontecer pelo fato de tanta coisa estar acontecendo, no estado dissociado. (Winnicott, 1971h, p. 46)

Esta condição a levava, invariavelmente, a ser um desapontamento para si mesma e para os outros que, reconhecendo suas potencialidades, esperavam dela algum feito. Segundo Winnicott, isso era vivido com intenso pesar e ressentimento, de modo que, sem ajuda, esta paciente poderia ter chegado a um suicídio.

Uma das novidades apresentadas por Winnicott, neste caso, diz respeito ao fato de que a perturbação provinda da vida em fantasia não será abordada em termos de seus conteúdos, como o é tradicionalmente na psicanálise. De outro modo, será tratada em termos da atividade de fantasiar em si e do lugar que esta atividade ocupava na vida da paciente. Este deslocamento de foco implicará como pretendemos mostrar, em diferenças importantes para o método de tratamento, questionando a própria centralidade da interpretação no tratamento psicanalítico. Isto ocorre porque, tal deslocamento opera propriamente uma redefinição de problemas ou a apresentação de novos problemas, não passíveis de formulação no âmbito da psicanálise tradicional.

Vejamos como Winnicott os formula:

Em primeiro lugar, Winnicott opõe ao fantasiar, o sonhar e o viver. Os dois últimos, afim um ao outro, dizem respeito a um tipo de experiência pessoal que

encontra relações com o ambiente⁶² fundadas sobre a base da criatividade, enquanto o fantasiar⁶³ diz respeito a uma atividade defensiva, de não contato, sendo, por isto, incapaz de contribuir para a vida pessoal.

O sonho ajusta-se ao relacionamento com objetos no mundo real, e viver no mundo real ajusta-se ao mundo onírico por formas que são bastante familiares, especialmente a psicanalistas. Em contraste, porém, o fantasiar continua sendo fenômeno isolado, a absorver energia, mas sem contribuir quer para o sonhar quer para o viver. (Winnicott, 1971h, p. 45)

A psicanálise de Freud, e de outros que se constituíram na continuidade nas proposições freudianas, não formulou propriamente problemas de não relação ou de não contato, sendo todos os sofrimentos e patologias psíquicas compreendidos em torno das relações de objeto. Conflitos intoleráveis em termos de relações de objeto levam à repressão, principal mecanismo de defesa descrito por Freud, sendo o adoecimento, nesta perspectiva, derivado do uso excessivo da repressão com a conseqüente inibição dos instintos. Certamente, não é a este tipo de problema que Winnicott está se referindo aqui:

embora boa parte de sonho e de sentimentos pertencentes à vida tenha probabilidade de se achar sob repressão, isso constitui algo diferente da inacessibilidade do fantasiar. Essa

⁶² Referimo-nos aqui a “relações com ambiente” para distinguir do tipo de relação que pode ser descrita em termos propriamente objetivos.

⁶³ Aqui é importante distinguir que o fantasiar a que Winnicott se refere, em um sentido psicopatológico, não é o mesmo fantasiar que é tornado possível após a experiência satisfatória de uso do objeto, que resulta na distinção entre fato e fantasia, fantasia esta que é enriquecedora da personalidade e indica crescimento no sentido do estabelecimento de um mundo interno. O fantasiar a que Winnicott se refere aqui se relaciona ao estabelecimento de um padrão defensivo contra falhas ambientais que decorrem, como pretendemos apresentar, do estágio transicionalidade, anteriores, portanto, à capacidade de uso de objetos.

inacessibilidade está relacionada à dissociação e não à repressão. (Winnicott, 1971h, pp. 45-46)

De que se trata, pois, um problema de dissociação, conforme Winnicott aqui diagnostica?

Winnicott compreende a dissociação como “um termo que descreve uma condição da personalidade relativamente bem desenvolvida, na qual há uma excessiva falta de comunicação entre os diversos elementos” (Winnicott, 1988, p. 159), ou, em outro momento, como relativo aos “casos em que podemos nos comunicar com um eu principal a respeito de uma fração do eu” (Winnicott, 1966c, p. 294). Ele diferencia a dissociação da repressão⁶⁴, mecanismo de defesa característico das neuroses, e também da cisão, que ele reserva “para os mecanismos primitivos de defesa subjacentes na sintomatologia das personalidades esquizofrênicas ou limítrofes, ou para pessoas com esquizofrenia encoberta” (Winnicott, 1966c, p. 293).

Segundo Winnicott (1966c, p. 294), “este tipo de desintegração parcial é característico da criança ou do jovem antissocial”, problemática cuja etiologia consiste em uma privação, ou seja, na perda abrupta de cuidados ambientais que foram inicialmente satisfatórios, acrescidos do fato de que tal perda ocorre em um momento em que já existe uma estruturação da personalidade suficiente para que a perda seja percebida como falha ambiental. Esta paciente, não apresentou, entretanto, como sintoma principal, tendência antissocial, mas uma fixidez do viver em função do fantasiar. A compreensão destes elementos se torna clara por intermédio da história clínica fornecida por Winnicott, a partir da qual se pode visualizar a etiologia e o estabelecimento de distúrbio em questão.

⁶⁴ Nota-se que a repressão diz respeito a algo que foi experienciado em termos de conflito e, por isso mesmo, tornado inacessível à consciência, enquanto que os problemas em torno da dissociação dizem respeito a algo que não pode ser vivido enquanto experiência pessoal, justamente por que houve uma quebra significativa da relação com ambiente e, conseqüentemente, uma interrupção na própria continuidade de ser.

Embora Winnicott não forneça detalhes mais precisos do tipo de falha que ocorreu no ambiente desta paciente, ele afirma tratar-se de uma falha materna nos moldes da privação:

É verdade que um padrão se estabeleceu em seu relacionamento primitivo com a mãe, relacionamento que se transformou cedo demais e de maneira abrupta, de algo muito satisfatório em desilusão e desespero e no abandono da esperança na relação de objeto. (Winnicott, 1971h, p. 47)

Winnicott afirma também que o estabelecimento do padrão do fantasiar – em decorrência da separação abrupta da mãe e da desesperança em relação à dependência e ao ambiente real – datava “da época em que ela contava dois ou três anos de idade” (Winnicott, 1971h, p. 45), ou seja, período no qual a criança já constituiu minimamente alguma distinção entre interno e externo, sendo, por isto, capaz de reconhecer a falha como ambiental. Winnicott afirma, sem precisar, que havia evidências deste problema em data ainda mais primitivas, o que nos poderia levar a estágios em que esta capacidade não é ainda um fato. Entretanto, outros comentários sobre o caso sustentam a ideia que já havia a capacidade de reconhecimento da falha ambiental como externa, como, por exemplo, “a dissociação nunca foi completa” (Winnicott, 1971h, p. 49) ou, em outro momento, “em certas ocasiões agia como uma pessoa total” (Winnicott, 1971h, p. 50), indicam a existência de uma certa estruturação da personalidade que é condição para a possibilidade de relacionamento com objetos externos. Estes elementos também vão se tornando mais claros na continuidade da história pessoal e ambiental da paciente.

Segundo a descrição de Winnicott, o pai desta paciente ocupou-se de seus cuidados, tentando corrigir as falhas maternas, mas isto ocorreu em um momento em que ela provavelmente já vinha estabelecendo um padrão

defensivo de relação, padrão este que se estruturava na base do fazer (elemento masculino) ao invés do ser (elemento feminino)⁶⁵.

O pai, até certo ponto, corrigiu aquilo em que a mãe havia falhado, mas viu-se envolvido, afinal, no padrão que se estava tornando parte da criança, de modo que também ele, essencialmente, fracassou, em especial por pensar nela como uma mulher em potencial e ignorar o fato de que era potencialmente masculina. (Winnicott, 1971h, pp. 47-48)

Também fez parte da história desta paciente, como filha mais nova, ter passado longos períodos com os irmãos mais velhos, numa condição que é assim explicitada por Winnicott:

A filha mais nova, contudo, descobriu-se num mundo em que já estava organizado antes mesmo que ela chegasse ao convívio das demais. Muito inteligente, conseguiu adaptar-se de uma ou de outra forma. Jamais conseguiu, porém, tornar-se recompensante como membro do grupo, quer do seu ponto de vista ou do ponto de vista das outras crianças, porque só podia adaptar-se na base da submissão. As brincadeiras lhe eram insatisfatórias porque estava simplesmente numa situação de luta, tentando representar qualquer papel que lhe fosse atribuído; os outros sentiam também a carência de algo, no sentido de que ela não contribuía ativamente. (Winnicott, 1971h, p. 48)

Estes elementos fornecem, pois, um quadro do estabelecimento de um padrão defensivo tipo falso *self*, que se caracteriza por um modo de viver

⁶⁵ Sobre a distinção entre elemento feminino puro e elemento masculino puro, cf. Winnicott (1971va).

baseado em uma submissão ao ambiente, sem lugar para os aspectos pessoais e espontâneos, que, segundo Winnicott, estão relacionados ao estabelecimento de um *self* verdadeiro (Winnicott, 1965m). Conforme ele apresenta em um artigo dedicado ao tema, a mãe que é suficientemente boa é capaz de reconhecer e complementar o gesto espontâneo do bebê, permitindo a ele uma relação criativa com o mundo, por meio da criação do espaço de ilusão de onipotência. Há, entretanto, mães que são incapazes de reconhecer e complementar o gesto do bebê. De outra forma, estas mães substituem o gesto do bebê por seu próprio gesto, “que deve ser validado pela submissão do lactente” (Winnicott, 1965m, p. 133). Deste modo, não é o ambiente que se adapta à criança, mas a criança que se vê obrigada a adaptar-se ao ambiente.

Este parece ter sido o caso desta paciente, sendo o fantasiar um meio encontrado por ela de manutenção do *self* verdadeiro. Este tipo de formulação, que se refere ao desenvolvimento do falso *self*, é claramente apresentada por Winnicott. Para ele, o falso *self* tem uma função defensiva, qual seja, a de “ocultar e proteger o *self* verdadeiro” (Winnicott, 1965m, p. 130). Um dos modos como este distúrbio se apresenta, é descrito por Winnicott da seguinte forma:

o falso *self* defende o *self* verdadeiro; o *self* verdadeiro, contudo, é percebido como potencial e é permitido a ele ter uma vida secreta. Aqui se tem o mais claro exemplo de doença clínica como uma organização com uma finalidade positiva, a preservação do indivíduo a despeito de condições ambientais anormais. (Winnicott, 1965m, p. 131)

Por meio do fantasiar, esta paciente preservava elementos do *self* verdadeiro, protegendo-o de invasões ambientais. Entretanto, o verdadeiro *self* sendo vivido secretamente, fora de qualquer contato com ambiente, não podia crescer, amadurecer. Todos os aspectos do ambiente externo não lhe diziam respeito e, por isso, também não a enriqueciam como pessoa.

À medida em que minha paciente crescia, conseguia construir uma vida em que nada do que realmente acontecia era plenamente significativa para ela. Tornou-se, gradativamente, uma das muitas pessoas que não acreditavam no seu próprio direito de existir como seres humanos totais. Durante todo o tempo, sem que ela soubesse, enquanto frequentava a escola e, posteriormente, no trabalho, havia uma outra vida acontecendo em termos da parte que fora dissociada. Invertendo-se a afirmação, isso significava que sua vida estava dissociada da sua parte principal, que vivia no que se tornou uma sequência organizada de fantasiar. (Winnicott, 1971h, p. 49)

A alternativa a uma organização defensiva tipo falso *self*, neste caso, poderia ter sido o desenvolvimento de algo em torno da atitude antissocial, que, conforme Winnicott propõe, diz respeito a uma tentativa de restaurar os cuidados ambientais que foram inicialmente suficientemente bons, através de comportamentos que implicam reivindicação e mobilização do ambiente. Há elementos do caso que mostram ter havido algumas tentativas neste sentido:

Se nos adentrássemos na vida desta paciente, poderíamos perceber as modalidades pelas quais ela tentou reunir essas duas e outras partes de sua personalidade; mas suas tentativas sempre continham algum tipo de protesto que acarretava conflito com a sociedade. (Winnicott, 1971h, p. 49)

Parece não ter havido, entretanto, na história desta paciente, um ambiente capaz de responder satisfatoriamente as suas reivindicações, que possibilitasse, nesse sentido, uma direção de cura. Ao invés disso, conforme Winnicott descreve, a paciente, muito precocemente, “começara com uma “cura” do sugar o polegar” (Winnicott, 1971h, p. 45), o que pode ser entendido

como um consolo, algo em torno da fetichização de um objeto pela ausência de um ambiente sustentador. Isto se estendeu na vida adulta para um fumar compulsivo e para diversos jogos entediantes, “atividades fúteis não lhe traziam alegria. Tudo o que faziam era preencher a lacuna, e essa lacuna constituía um estado essencial de não fazer nada enquanto fazia tudo” (Winnicott, 1971h, p. 49).

Este tipo de situação, para fins de elucidação, pode ser contrastado com o relacionamento com objetos transicionais na saúde. Tal relacionamento consiste num encontrar-criar, em que o objeto é paradoxalmente criação do bebê e parte do mundo externo. Este tipo de realidade é, para Winnicott, a raiz da capacidade para formação de símbolos: o objeto transicional substitui/simboliza a mãe. Inicialmente isto ocorre na condição de que a mãe esteja presente, mas, ao longo do amadurecimento, após a distinção plena entre interno e externo, se tornam possíveis relações simbólicas propriamente ditas, cujas bases são estabelecidas no estágio da transicionalidade. Na saúde, a expansão da área dos fenômenos transicionais corresponde à vida cultural, a uma situação em que o indivíduo contribui para a vida social ao mesmo tempo em que realiza algo para si mesmo.

Na ausência de um ambiente suficientemente bom, o objeto transicional perde seu significado. O objeto não pode, inicialmente, substituir algo que não está lá de modo real para ser substituído e, neste caso, o apego ao objeto serve aos fins de consolo e negação relativa à perda do ambiente, o que implica no fato de que o processo que leva à capacidade de formar símbolos não se inicia:

Entre o lactente e o objeto existe algo, ou alguma atividade ou sensação. À medida que isto une o lactente ao objeto (como o objeto parcial materno), se torna a base para formação de símbolos. Por outro lado, à medida que há algo separando ao invés de unir, sua função de levar à formação de símbolos fica bloqueada. (Winnicott, 1965m, p. 134)

No caso em questão, a ausência da capacidade simbólica vai gradualmente aparecendo no material clínico, o que irá orientar um certo tipo de cuidado terapêutico não interpretativo, dado que a interpretação clássica, enquanto revelação de sentidos ocultos, funda-se na concepção dos sintomas de substituição, ou seja, uma concepção que requer uma capacidade simbólica operante.

No decorrer do tratamento, a paciente vai se dando conta de como o fantasiar ocupava toda sua vida e, com isso, vai surgindo uma grande necessidade de possuir-se a si mesma. Entretanto, conforme comenta Winnicott, ela era ainda “incapaz de distinguir entre o fantasiar que paralisa a ação, e o planejamento real, que se relaciona à antecipação da ação” (Winnicott, 1971h, p. 53). Em dada sessão, a paciente relata que em determinada noite acordou à meia noite e se viu “cortando febrilmente, planejando, trabalhando num molde de vestido. Estava prestes a fazê-lo e muito excitada”, e pergunta à Winnicott “Isso é sonhar ou fantasiar?” (Winnicott, 1971h, p. 52)

O trabalho da sessão prosseguiu com a paciente fornecendo muitos elementos de sua atividade dissociada, a partir do que pode ser formulado e discutido com a paciente, no contexto do tratamento, a diferença entre sonhar e fantasiar:

O fantasiar configurava-se simplesmente em torno do ato de fazer um vestido. O vestido não tinha valor simbólico. Um cachorro é um cachorro é um cachorro. No sonhar, em contraste, como pude demonstrar com sua ajuda, a mesma coisa, de fato, teria adquirido significado simbólico. (Winnicott, 1971h, p. 54)

Ciente da problemática em questão, Winnicott afirma:

A palavra-chave a ser reconduzida ao sonho era amorfia, que é aquilo com o que o material se assemelha, antes de ser moldado, cortado, ajeitado e agrupado. Em outras palavras, num sonho, isso constituiria um comentário sobre sua própria personalidade e autoestabelecimento. Num sonho, isso seria sobre um vestido somente até certo ponto. (Winnicott, 1971h, p. 54)

Amorfia aqui diz respeito ao estado a partir do qual surge um gesto em direção ao ambiente. “A fonte do gesto é o *self* verdadeiro, e esse gesto indica a existência de um *self* verdadeiro em potencial” (Winnicott, 1965m, p. 133). Somente a partir de repetidas experiências de contato com o ambiente a partir de um gesto espontâneo, que o lactente estará em condições de entrar na realidade transicional e constituir a capacidade para usar símbolos. Tal capacidade, expressa no sonhar verdadeiro, é, para Winnicott, pré-condição para o trabalho interpretativo clássico, conforme ele elucida em distintas passagens do caso.

Um exemplo disto vem de uma dada sessão em a paciente relata uma de suas fantasias:

A fantasia tinha a ver com certas pessoas chegando e ocupando seu apartamento. Era tudo. O sonho de que pessoas chegassem e ocupassem seu apartamento estaria relacionado com suas descobertas de novas possibilidades em sua própria personalidade e também com o prazer experimentado em identificações com outras pessoas, inclusive os pais. Isso constituía o oposto de se sentir modelada e concedia-lhe um modo de identificar-se, sem perda de identidade. (Winnicott, 1971h, p. 56)

Ao relato desta fantasia, Winnicott fornece o que ele chama de interpretação, embora, paradoxalmente, tal interpretação consista, em última

instância, em dizer que a natureza do material não era passível de ser interpretado⁶⁶.

Disse que o fantasiar versava sobre certo assunto e constituía um beco sem saída. Não tinha valor poético. O sonho correspondente, entretanto, tinha poesia em si, isto é, camada sobre camada de significado relacionado ao passado, ao presente e ao futuro, ao interior e ao exterior, e sempre, fundamentalmente, a respeito dela própria. Essa poesia do sonho faltava em seu fantasiar e, assim, era-me impossível fornecer sobre ele interpretações que tivessem significação. (Winnicott, 1971h, pp. 56-57)

Outro exemplo vem de uma situação em que a paciente busca compreender a atividade de jogar paciência, ao que Winnicott observa:

a paciência constitui uma forma de fantasiar, é um beco sem saída e não podia ser usado por mim. Se, por outro lado, estivesse relatando um sonho: “sonhei que estava jogando paciência”, então eu poderia utilizá-lo e, na verdade, fazer uma interpretação. Poderia dizer-lhe: ‘Você está lutando com Deus, ou o destino, às vezes ganhando, outras, perdendo, com a intenção de controlar os destinos de quatro famílias reais” (Winnicott, 1971h, pp. 57-58)

Tais interpretações não correspondem, obviamente, ao sentido clássico de uma interpretação: aqui, a interpretação caracteriza-se por dizer que o material não é passível de ser interpretado. O que Winnicott tem em mente ao fazer esse tipo de interpretação? Winnicott sabe que, neste tipo de caso, é

⁶⁶ Aqui temos novamente um exemplo da utilização que Winnicott faz da palavra interpretação, que certamente não é redutível ao sentido tradicional de interpretação psicanalítica.

muito importante que o analista não forneça interpretações no seu sentido estrito, porque estas poderiam conduzir a paciente a uma nova adequação ao ambiente, neste caso, ao analista. Mas, ao invés de simplesmente não fazê-las, Winnicott verbaliza esta impossibilidade, o que tem a função de comunicar à paciente o reconhecimento de seus aspectos imaturos e sua disponibilidade quanto a eles. Neste sentido, o cuidado analítico proposto por Winnicott ultrapassa em muito a questão das interpretações verbais e funda-se no cuidado real que o analista fornece ao paciente, até que este possa atualizar na transferência um passado que não pode ser integrado pela ausência de um ambiente suficientemente bom, o que implica, sobretudo, na sustentação de um *setting* confiável que possa vir a suscitar esperança. Trata-se, pois, de um cuidado em termos de provisão ambiental e, portanto, muito mais de manejo do que de interpretação:

a esperança capaz de fazê-la sentir que algo podia ser conseguido a partir da amorfia, proviria então da confiança que depositava em seu analista, capaz de neutralizar tudo o que ela trazia consigo da infância. Seu meio ambiente de infância parecia incapaz de permitir que ela fosse amorfa, mas, tal como ela o sentia, deveria modelá-la e recortá-la em formas concebidas por outras pessoas. (Winnicott, 1971h, pp. 54-55)

Ao final da sessão, em que a paciente vai entrando em contato com tais falhas ambientais originais, relativas ao fato de que “não houvera ninguém em sua infância capaz de compreender que ela tinha que começar da amorfia” (Winnicott, 1971h, p. 55), ela vive um momento de intenso sentimento de ira, cuja importância consiste em reconhecer o caráter externo da falha o que, gradativamente, pode liberar a paciente do sentido de fracasso como próprio: “se algum resultado terapêutico proveio desta sessão, derivou-se principalmente do ponto de intensa ira a que chegou a paciente, ira a respeito de algo, não insana, mas com motivação lógica” (Winnicott, 1971h, p. 55).

Na consulta seguinte a paciente chega relatando alguns feitos conseguidos desde a última sessão. Relata durante quase toda a sessão que sentira grande satisfação por ter limpadado lugares há muito tempo abandonados, bem como outras atividades construtivas. Entretanto, mostrava-se alarmada por relatar algo a que Winnicott poderia tomar como progresso, pois isto poderia conduzi-la a sensação de que tudo o que fizera fora em adaptação ao analista, perdendo um sentido de identidade própria:

Durante todo o tempo, contudo, mostrava grande medo de perda de identidade, como se corresse o risco de perceber que se deixara modelar e, portanto, chegar à conclusão de que tudo que fizera não passava de um brincar de adulto ou brincar de fazer progressos para o bem do analista, ao longo de linhas por este estabelecidas. (Winnicott, 1971h, p. 55)

Durante esta sessão, a paciente, que se sentia cansada, adormeceu por cerca de dez minutos. Winnicott observa que, neste momento, ela “trajava um vestido que poderia usar tanto para trabalhar quanto para vir ver-me” (Winnicott, 1971h, p. 55), indicando que ter sido possível alguma integração entre os aspectos imaturos de sua personalidade, que eram tratados na relação com Winnicott, e os aspectos que diziam respeito a uma vida adulta, que inclui a necessidade de trabalhar. O vestido poderia responder a ambos os aspectos de sua personalidade, que não precisavam mais funcionar de modo dissociado.

Ao acordar, a paciente ainda permanece em dúvida a respeito do valor do que havia realizado e se sente insatisfeita por ter adormecido e nem ao menos ter produzido um sonho que pudesse ser utilizado para os fins de análise, o que expressa a problemática vivida por esta paciente em termos de adaptação ao ambiente, enquanto, por outro lado, mantinha uma vida secreta em fantasia como proteção do verdadeiro *self*. Winnicott comenta a este respeito: “Era como se lhe tivesse sido necessário dormir a fim de conseguir um sonho para a

análise”, observando a paciente que “dormira porque quisera dormir” (Winnicott, 1971h, pp. 55-56), o que, Winnicott comenta, a deixou aliviada.

Este comentário leva em conta a necessidade de que a paciente possa experimentar a amorfia (o sono), de onde pode partir um gesto espontâneo, em oposição à necessidade de adaptar-se ao que ela julga ser a demanda do ambiente. Neste caso, a observação de Winnicott caminha no sentido de sustentar um ambiente onde isto seja possível, o que é realizado fundamentalmente por uma atitude analítica que consiste em não apresentar nenhum tipo de expectativa ou satisfação, que levariam à paciente sentir que seus feitos foram realizados em termos de adaptação. Este, poder-se-ia dizer é um dos aspectos centrais do manejo deste caso.

Durante todo o tempo senti como era necessário que eu fosse extremamente cuidadoso e aponte-lhe isso, tentando evitar parecer satisfeito por tudo o que ela realizara e pela grande mudança que nela ocorrera; de outra forma, ela ficaria com a impressão de que tinha sido ajustada e modelada por mim, o que seria seguido por um protesto maior e um retorno à fixidez do fantasiar, ao jogo da paciência e às outras rotinas correlacionadas. (Winnicott, 1971h, p. 57)

Winnicott finaliza a apresentação deste fragmento de caso, concluindo que: “mais do que em outra parte do tratamento, a neutralidade do analista tornava-se necessária aqui. Neste tipo de trabalho, sabemos que estamos sempre começando de novo e é melhor se não esperamos muito” (Winnicott, 1971h, p. 58). Esta afirmação, no entanto, não pode ser confundida com uma reiteração da regra de abstinência freudiana, pois não trata de manter seus desejos insatisfeitos como forma de permitir a reorganização psíquica através da maior aceitação do princípio de realidade. A neutralidade aqui visa, sobretudo, a sustentação de um ambiente que permita a paciente viver a amorfia, única condição a partir da qual pode se estabelecer uma vida vivida criativamente. O manejo, aqui, caracteriza-se, fundamentalmente, uma atitude

do analista, que é, nesse sentido, mais importante e fundamental do que qualquer comunicação verbal.

5.2. Outras modalidades de atendimento praticadas por Winnicott

Winnicott praticou diferentes tipos de modalidades de atendimento, entre as quais, as consultas terapêuticas, a psicanálise compartilhada, a psicanálise de acordo com a demanda e o atendimento de caso. Permitiu-se liberdades técnicas incomuns para um psicanalista, o que, entretanto, não pode ser confundido com um trabalho intuitivo, despido de sustentação teórica. Ao contrário, Winnicott reitera em diversos momentos que a possibilidade de realização de um trabalho em moldes não psicanalíticos exige do analista formação psicanalítica clássica e uma grande experiência em tratamentos padrões (Winnicott, 1968). Ele afirma: “pode-se comparar a minha posição com aquela do ‘violoncelista, que primeiro trabalha a *técnica* e depois começa realmente a tocar a *música*, usando a técnica, certamente” (Winnicott, 1971vc, p. 14). Mas, é, sobretudo a partir das suas proposições teóricas quanto ao desenvolvimento emocional infantil, que Winnicott sustentará o empreendimento de tratamentos não convencionais. A este respeito, afirma:

A única companhia que tenho ao explorar um território desconhecido de um novo caso é a teoria que levo comigo e que se tem tornado parte de mim e em relação à qual sequer tenho que pensar de maneira deliberada. Esta é a teoria do desenvolvimento emocional do indivíduo, que inclui, para mim, a história total do relacionamento individual da criança até seu meio ambiente específico. (Winnicott, 1971vc, p. 14)

A especial ênfase dada ao ambiente, como parte fundamental do desenvolvimento emocional, permitiria a Winnicott conduzir tratamentos cujo pilar fundamental se estabeleceria em intervenções no próprio ambiente imediato do paciente⁶⁷. Isto pode ocorrer desde através da orientação de pais

⁶⁷ Um estudo sobre a noção de ambiente em Winnicott e suas implicações para a prática clínica encontra-se em Serralha (2007). Neste, são enfocados, em especial, as modificações decorrentes das proposições winnicottianas com relação à clínica de crianças. Winnicott

quanto ao cuidado de uma criança ou adolescente, até pela necessidade de remoção de uma criança de sua família para um abrigo ou instituição que se encarregue de seus cuidados. Existem aí várias nuances e modos de intervir, que podem combinar cuidados familiares ou do ambiente direto com psicoterapia ou cuidado especializado de diferentes formas. Em todos os casos, no entanto, Winnicott, conta, sobretudo, com um cuidado ambiental real fazendo às vezes de uma psicoterapia, evidenciando, pois, uma ampliação do sentido e da aplicação da noção de manejo em sua prática clínica. Neste campo, poder-se-ia dizer, a parte mais importante do trabalho se realiza através do manejo, enquanto provisão em termos do ambiente total, não restrita ao *setting* psicanalítico.

Um aspecto central da teoria do desenvolvimento emocional que dá sustentação a estas práticas consiste na compreensão de que as bases da relação com o ambiente, sobre a qual se sustenta a continuidade de ser, se estabelecem pela experiência de ilusão possibilitada pela adaptação ambiental. Para Winnicott, o bebê propriamente cria, através da experiência de ilusão de onipotência, aquilo que supre suas necessidades e, embora possa reconhecer mais tarde a externalidade do mundo, este sentido de criação permanece sendo a base de suas relações. Através destes princípios teóricos, Winnicott sustenta, pois, uma clínica que, de modo geral, responde às necessidades de cada paciente. E se tais necessidades levarem a necessidade de modificações técnicas, ele comenta, “então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim?” (Winnicott, 1965d-b, p. 155).

Conforme apresentamos no Capítulo 3, na obra de Winnicott, podemos encontrar pelo menos três motivos práticos gerais que fundamentam a utilização de modalidades de atendimento não tradicionais: situações em que a patologia tornou-se gravemente estabelecida, ao ponto de que cuidados mais intensivos fazem-se necessários, situações em que o ambiente imediato está adoecido a ponto de que nenhum desenvolvimento possa ocorrer sem uma

trabalhou com a utilização do meio ambiente direto (família), sobretudo, no tratamento de crianças, embora tais proposições possam ser expandidas também para outras situações clínicas.

nova provisão ambiental total, e, por fim, as situações em que o ambiente direto tem meios de prover as condições ambientais necessárias à retomada do desenvolvimento. Esta terceira condição, que Winnicott afirma não ser incomum, sustenta modalidades de atendimento cuja importância, segundo Winnicott, deve-se a utilização da psicanálise em termos econômicos, possibilitando adequá-la a demandas sociais e institucionais (Winnicott, 1968l, 1971b), para as quais “não é útil ou praticável prescrever um tratamento psicanalítico para cada criança” (Winnicott, 1971vc, p. 09).

Naturalmente, não é só a construção de respostas a problemas de ordem socioeconômica ou de excesso de demanda que Winnicott tem em vista ao praticar outras modalidades de atendimento clínico. Sua preocupação consiste em, sobretudo, não interferir num cuidado que já esteja se organizando no ambiente imediato, assim como não impedir que este possa vir a se estabelecer. Desta forma, em condições de distância física entre a moradia do paciente e o local de tratamento, por exemplo, Winnicott desaconselha um tratamento psicanalítico, não somente por ser ele difícil de ser posto em prática, mas porque pode atrapalhar o uso que a criança pode fazer de seu ambiente familiar. Exemplos disso são os casos Piggie (Winnicott, 1977a) e Philip (Winnicott, 1953b), que será discutido em seus pormenores na próxima seção desta tese. Outro exemplo deste tipo de preocupação pode ser visto no caso Kathleen, descrito no texto “Um caso manejado em casa” (Winnicott, 1955b-a). Kathleen chegou a Winnicott quando já haviam se desenvolvido na menina defesas psicóticas em decorrência de uma situação ansiogênica. A avaliação mostrou que Kathleen já estava apresentando uma ligeira melhora após o pico mais grave da doença e isto se devia ao fato de que a família havia se “transformado num hospital psiquiátrico a serviço da menina” (Winnicott, 1955b-b, pp. 192-193), provendo um tipo de cuidado que não poderia ser conseguido em qualquer clínica. A este respeito, Winnicott afirma:

Tive que perguntar a mim mesmo se eu poderia fornecer algo melhor do que ela estava recebendo em casa, e cheguei à conclusão que não. Expliquei à mãe o significado do que ela estava fazendo e perguntei-lhe se ela podia continuar. Ela

disse: ‘Agora que você me explicou o que estou fazendo, posso continuar’. (Winnicott, 1955b-b, p. 193)

Este foi, por assim dizer, o aspecto central do manejo deste caso, acrescido de uma carta que Winnicott enviou as autoridades locais solicitando que nenhuma instituição visitasse a casa, deixando os cuidados de Kathleen totalmente a cargo da família.

Este tipo de utilização do ambiente familiar como o aspecto central do tratamento, naturalmente, envolve um diagnóstico individual e social, ou seja, além da avaliação de que as necessidades principais da criança possam ser atendidas pela provisão ambiental familiar, faz-se necessária também uma avaliação de que a família seja suficientemente saudável para proporcioná-la (Winnicott, 1965d-b, 1971b). Quando ambos diagnósticos são favoráveis, poder-se-ia dizer, configura-se um tratamento cuja condução é compartilhada com os pais.

O termo ‘psicanálise compartilhada’ aparece nas anotações de Winnicott sobre o caso Piggie, apresentadas por Clare Winnicott no prefácio ao livro que descreve o tratamento desta menina: “dividir o material com os pais – terapia de família não – atendimento de caso não – psicanálise *partagé* (compartilhada)” (Winnicott, 1977b, p. viii). O método de tratamento empregado no caso Piggie foi também descrito por Winnicott em termos de psicanálise de acordo com a demanda (Winnicott, 1977a), o que, de seu ponto de vista, só poderia ocorrer na medida em que o trabalho fosse compartilhado com os pais. Embora não o descreva em termos de psicanálise compartilhada, um princípio parecido também dá sustentação ao método das Consultas Terapêuticas, cuja eficácia depende fundamentalmente da provisão ambiental realizada pela família.

Há uma categoria de casos em que essa espécie de entrevista psicoterapêutica deve ser evitada. Não diria que com uma criança muito doente não é possível se fazer um trabalho

eficaz. Mas diria que, se a criança sai da consulta terapêutica e retorna para uma situação familiar ou social anormal, então não há provisão ambiental alguma da espécie que eu julgaria admissível. Confio em um “ambiente desejável médio” para encontrar e utilizar as mudanças que ocorrem no menino ou na menina durante a entrevista. (Winnicott, 1971vc, p. 13)

Pode-se afirmar, neste sentido, que, ambos os métodos, psicanálise de acordo com a demanda e consultas terapêuticas, dependem e se sustentam a partir de um compartilhamento do tratamento com os pais, possuindo, entretanto, cada um deles suas especificidades e indicações.

O método de acordo com a demanda, tal como empregado no caso Piggie, foi então possibilitado pelas condições familiares favoráveis da menina, sustentadas pela confiabilidade que tanto Piggie, quanto sua família puderam estabelecer com Winnicott. O caso foi levado a cabo com quatorze atendimentos à menina no decorrer de quase três anos, entre os quais houve diversos contatos com a família, presenciais ou por meio de cartas e telefonemas. Grande parte do trabalho foi realizado pelos pais e Winnicott os utilizou de diversas formas no atendimento às necessidades de Piggie, capacitando-os a compreender e administrar cotidianamente o que se passava com Piggie ou, por exemplo, utilizando a presença do pai nas sessões com a menina.

A utilização dos pais no manejo do caso tem em vista, em primeiro lugar, o atendimento às necessidades do paciente, que pode ser vivido por este como muito valioso, na medida em que está sendo realizado pelo ambiente original. Para tanto, faz-se necessário o fortalecimento da família, por meio de um atendimento cuidadoso, podendo, nesse sentido, constituir-se, este tipo de manejo, como muito valioso também para a família, por sentir-se ela capaz de lidar com os próprios problemas. Discutindo as vantagens deste tipo de atendimento, Winnicott afirma:

O analista é mais suscetível de tolerância da sintomatologia da criança do que os pais; estes tendem a achar que, uma vez que a criança entrou em tratamento, o aparecimento de sintomas deva significar um reinício do tratamento. Uma vez que se inicia um tratamento, o que se perde de vista é a rica sintomatologia de todas as crianças que são satisfatoriamente tratadas em suas próprias casas. É possível que o tratamento de uma criança interfira em algo muito valioso, que é a capacidade da família de tolerar e enfrentar os estados clínicos da criança, indicativos de tensão emocional, ou paradas temporárias do desenvolvimento emocional, ou o desenvolvimento propriamente dito. (Winnicott, 1977a, p. 18)

Além dos benefícios inerentes a estes cuidados providos no interior da família, eles permitem ainda outro aspecto do manejo, que é o que propriamente caracteriza o método de acordo com a demanda. Trata-se do fato de que, nestas condições, o paciente pode buscar o tratamento na medida de suas necessidades, realizando o gesto que é atendido como forma de adaptação ambiental. E isto tem importância por si só, dado que o que está em jogo é o estabelecimento ou restabelecimento da relação com o ambiente, que na saúde, por definição, respeita e se adapta ao gesto criativo pessoal. Comentando o caso Piggie, Winnicott evidencia o quanto este tipo de cuidado fazia parte de seu manejo dentro do *setting*, assim como do manejo que, por assim dizer, dava oportunidade a Piggie de criar o próprio *setting*.

Toda vez que ela vinha, trazia um problema que era capaz de revelar. Em todas as ocasiões o analista tinha a impressão de que a criança levava ao seu conhecimento um problema específico, embora haja muitos momentos de conversas ou comportamentos ou jogos indefinidos, nos quais parecia não haver nenhuma orientação. Essas fases de jogos indefinidos eram evidentemente um traço importante, visto que um sentido de direção se desenvolvia a partir do caos, e que a criança se

tornava capaz de comunicar em decorrência de um senso de necessidade real, necessidade esta que a levava a pedir que houvesse uma outra consulta. (Winnicott, 1977a, p. 19)

Outro exemplo deste tipo de manejo, que se destina a favorecer a criação por parte do paciente do próprio *setting* ou tratamento e, neste sentido, daquilo que propriamente supre suas necessidades, é apresentado por Winnicott no texto “Pediatria e Psiquiatria” (Winnicott, 1948b). Neste, é relatado o caso de um adolescente de dezesseis anos que procura espontaneamente a Winnicott. Na primeira entrevista, Winnicott faz uma anamnese detalhada dos pais, sem, no entanto, conseguir qualquer comunicação significativa do próprio paciente, para o que Winnicott também não faz esforços. Aqui, poder-se-ia dizer, a comunicação deu-se pelo respeito a não comunicação e este mostrou-se um aspecto central do manejo do caso. A este respeito, Winnicott afirma: “conforme descobro depois, o mais importante na entrevista foi o fato de que eu não demonstrei nenhuma pressa em obter dele alguma resposta” (Winnicott, 1948b, p. 247)

O contato posterior foi realizado pelo próprio adolescente por telefone, pedindo a Winnicott que pudesse vê-lo no dia seguinte. Embora não soubesse muito bem o que estava em questão, Winnicott afirma: “eu sei que devo fazê-lo, pois o gesto partiu dele, e ponho de lado todo o resto a fim de ajustar-me a ele” (Winnicott, 1948b, p. 247). Na consulta que então fora marcada, este adolescente se mostra capaz de comunicar-se e utilizar Winnicott de forma notável, o que culmina em sua escolha posterior por mudar-se a Londres, onde poderia começar uma análise. O que estava em questão, aqui, era a necessidade do paciente de “criar um analista, um papel ao qual o analista real poderá tentar adaptar-se” (Winnicott, 1948b, p. 247)

Winnicott salienta deste caso a necessidade de revisão das técnicas de entrevista, que não devem ter somente o objetivo de avaliação diagnóstica, mas, sobretudo, de colocar em marcha um processo terapêutico. Nesse sentido, a adaptação inicial às necessidades do paciente, por si só, possui

grande valor terapêutico e este será um dos pontos centrais explorados por Winnicott para a formulação do método das consultas terapêuticas.

Em sua introdução ao livro 'Consultas Terapêuticas', Winnicott conta que, ainda nos anos vinte, quando, como pediatra, via freqüentemente muitas crianças, surpreendeu-se ao deparar-se com a freqüência com que as crianças sonhavam com ele no dia anterior à consulta. Esta situação, segundo ele, mostrava que a criança já trazia uma noção preconcebida da ajuda, baseada em sua capacidade de acreditar em uma pessoa, de modo que a adaptação, por parte do médico, a esta noção preconcebida, resultava em um tipo de comunicação mais significativa com a criança. Reconsiderando este aspecto a luz de seus desenvolvimentos teóricos, ele afirma:

Numa linguagem que uso atualmente mas que não estava preparado para usar naquela época, encontrava-me na posição de objeto subjetivo. O que sinto agora é que nesse papel de objeto subjetivo, que raramente sobrevive à primeira ou às poucas primeiras entrevistas, o médico tem uma maior oportunidade de estar em contato com a criança. (Winnicott, 1971vc, p. 12)

As consultas terapêuticas fundamentam-se, pois, na exploração da primeira entrevista ou primeiras entrevistas, onde o analista é ainda um objeto subjetivo. Isto ocorre, no entanto, somente na medida em que o analista seja capaz de adaptar-se às necessidades do paciente, fazendo com que este sinta que houve uma comunicação. Na primeira entrevista, diz Winnicott, "o paciente está amiúde disposto e em verdade ávido por informar o terapeuta" (Winnicott, 1968l, p. 245) e, para que ela seja terapêutica – e para Winnicott ela deve ser sempre terapêutica –, faz-se necessário que o analista possa recebê-la. E isto é verdade tanto no que se refere às consultas terapêuticas propriamente ditas, quanto às primeiras entrevistas que caminham para uma psicanálise ou psicoterapia. "É comum", Winnicott comenta, "os pacientes saírem de uma primeira entrevista desiludidos e sem disposição para efetuar uma nova

tentativa de auxílio psiquiátrico por causa do fracasso do consultor em utilizar o material apresentado” (Winnicott, 1968l, p. 245), comprometendo, no caso de pacientes que procuram e necessitam de um tratamento psicoterápico, todo o processo subsequente⁶⁸.

O trabalho das consultas terapêuticas consiste em possibilitar esta comunicação em nível profundo, proporcionada pela exploração da primeira ou das primeiras entrevista, com vistas a restabelecer a confiança no ambiente, deixando que o processo então corra a cargo da família e do uso que o paciente poderá agora fazer da família. Quando o analista utiliza a expectativa da criança para ajustar-se e comunicar-se com ela em nível profundo,

então a confiança da criança de que será entendida é fortificada. Haverá aqueles casos em que se faz um profundo trabalho na circunstância especial da primeira entrevista (ou entrevistas) e as mudanças resultantes na criança podem ser utilizadas pelos pais e aqueles que são responsáveis no meio social imediato, de modo que, considerando uma criança com dificuldade em relação ao desenvolvimento emocional, a entrevista resultará na dissolução das dificuldades e num movimento progressivo no processo de desenvolvimento. (Winnicott, 1971vc, p. 13)

Como é realizado o trabalho durante as consultas terapêuticas? Winnicott salienta em diversos momentos tratar-se de um trabalho extremamente flexível, que não pode ser considerado como uma técnica propriamente dita. Por se basear sempre na adaptação às necessidades do paciente e por não existirem

⁶⁸ Winnicott afirma que, em alguns casos, a consulta terapêutica pode caminhar para uma psicoterapia propriamente dita ou para um atendimento de caso. Nestes, entretanto, haverá um comprometimento mais longo com o tratamento e isto precisa ser configurado enquanto tal o mais cedo possível, porque, nestas situações, a manutenção do analista enquanto objeto subjetivo não se sustenta, sendo necessários outros modos de intervir não previstos para as consultas terapêuticas. Winnicott salienta, entretanto, que estes casos são raros e na maior parte das vezes o trabalho subsequente é realizado pela família, cabendo ao analista um acompanhamento à distância e somente na medida em que se fizer necessário (Winnicott, 1968l, 1971vc).

dois casos iguais, não há exatamente uma técnica. Winnicott coloca ênfase, neste tipo de trabalho, na constituição do *setting* onde a comunicação possa ocorrer.

O princípio básico é o fornecimento de um setting humano e, embora o terapeuta fique livre para ser ele próprio, que ele não distorça o curso dos acontecimentos por fazer ou não fazer coisas por causa de sua própria ansiedade e culpa, ou sua própria necessidade de alcançar sucesso. O piquenique é do paciente, e até mesmo o tempo que faz é do paciente. O final da entrevista pertence também a ele, exceto onde não existe estrutura na entrevista por causa de uma falta de estrutura na personalidade do paciente ou no relacionamento do paciente com objetos, caso em que esta falta de estruturação é ela própria comunicada. (Winnicott, 1968l, p. 247)

Para Winnicott, é axiomático que, dada a oportunidade adequada à criança (ou adulto) de se expressar num ambiente confiável, o problema predominante será apresentado de alguma forma, pois aqui está em jogo a necessidade de se comunicar e de ser compreendido (Winnicott, 1968l, 1971vc).

Um dos meios de que Winnicott se utiliza para que as dificuldades principais sejam expressas é o 'Jogo do Rabisco', um jogo sem regras fixas que é, em suas palavras, "simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança" (Winnicott, 1971vc, p. 11). Na descrição deste instrumento, Winnicott sempre reitera que há um perigo de que seus leitores o tomem como uma técnica estabelecida e, neste caso, "todo o valor do procedimento se perderia" (Winnicott, 1968l, p. 231). Ele dá ênfase, por outro lado, ao fato de que este jogo tem como base o brincar, ou, em determinadas situações, constitui-se em um modo de capacitar a criança a brincar. Assim,, seus moldes são estabelecidos nesse caminho: trata-se de um jogo em que um dos lados da parceria analista-paciente faz um rabisco que será completado

pelo outro e vice-versa. O analista deve ser capaz de brincar tanto quanto o paciente, de modo que não se estabeleça uma relação de avaliação ou exame, mas, ao contrário, que o paciente possa, ele mesmo, nas condições especiais proporcionadas pelo *setting*, comunicar o que se passa com ele e, neste caso, comenta Winnicott, “é quase como se a criança, por meio dos desenhos, estivesse lado a lado comigo e, de certo modo, tomando parte a descrever o caso” (Winnicott, 1971vc, p. 11).

O uso que Winnicott faz da comunicação realizada pelo paciente nas consultas terapêuticas e no jogo do rabisco não tem o fim de interpretar: “deve-se notar que a interpretação do inconsciente não é o ponto mais importante” (Winnicott, 1971vc, p. 17). Winnicott coloca ênfase, por outro lado, na “técnica” de reter interpretações, sustentando um ambiente não invasivo como forma de possibilitar a comunicação (Winnicott, 1968l). O importante para ele, não é tanto a interpretação, mas que o paciente seja capaz de fornecer a comunicação e sinta que esta foi compreendida. Neste aspecto, pode-se notar a importância fundamental que Winnicott dá ao manejo no procedimento das consultas terapêuticas, não somente em termos de contar com a provisão ambiental familiar, mas em termos de sua própria intervenção enquanto analista. O fundamental da comunicação que ele estabelece com seus pacientes nas consultas terapêuticas diz respeito a uma provisão ambiental adaptada, e não ao fornecimento de interpretações e, mesmo quando ele recorre a interpretações, elas possuem, como função prioritária, possibilitar que o paciente encontre o que está buscando e não trazer a tona conteúdos reprimidos.

Winnicott afirma que existem momentos em que o material apresentado pede uma interpretação e ela precisa ser dada para que não se incorra no risco de que “o paciente sinta-se confirmado na crença de que ninguém quer entender” (Winnicott, 1968l, p. 248). O importante aqui é que o paciente encontre algo, ainda que seja apenas o esforço do analista de entender. Nesse sentido, a interpretação, aqui, serve aos fins de manejo⁶⁹ e esta é a razão pela qual Winnicott salienta que, nestes casos, interpretações equivocadas não são

⁶⁹ Cf. seção 3.2 do Capítulo 3 desta tese.

tanto o problema, desde que sejam “feitas em uma tentativa genuína de usar o que é apresentado, com os equívocos e as omissões sendo devidas aos limites que são da natureza de todos os esforços humanos” (Winnicott, 1968I, p. 245).

Outra modalidade de atendimento clínica praticada por Winnicott, que tem no manejo seu aspecto central, é o atendimento de caso. Tal modalidade diz respeito particularmente ao trabalho de Winnicott desenvolvido junto a agências de assistência social. O acompanhamento cotidiano de pacientes, com vistas à resolução de problemas práticos, é parte intrínseca do núcleo profissional da assistência social, de modo que este seria salientado por Winnicott como um aspecto central da terapêutica para casos em que uma provisão ambiental direta se faz necessária. Naturalmente, é possível pensar que tais cuidados não sejam necessariamente realizados por assistentes sociais, mas por todos os profissionais que reconheçam, em certos pacientes, a necessidade de cuidados que estão além do que uma psicoterapia poderia vir a proporcionar.

Winnicott salienta a importância de que o atendimento de caso e a psicoterapia sejam diferenciados, embora, em muitos casos, eles possam ocorrer simultaneamente. Segundo Winnicott, o atendimento de caso é “processo de solução de problemas. O termo atendimento de caso é usado para descrever a função total de uma agência particular no trato de um determinado problema” (Winnicott, 1965e, p. 177). De modo geral, este termo se aplica, “a todas essas ações que não constituem a psicoterapia propriamente dita” (Winnicott, 1965e, p. 181).

A aplicação mais clara do atendimento de caso, entretanto, refere-se a situações em que nenhum trabalho psicoterápico pode ser efetivo, por existir um elemento desintegrador no ambiente que precisa ser contrabalançado ou, porque a desintegração ambiental já é um fato consumado. “O atendimento de caso torna-se o elemento principal nos casos em que, além do distúrbio da criança, há uma deficiência ambiental que precisa ser corrigida” (Winnicott, 1965e, p. 192). Nestes casos, o trabalho é realizado por meio do manejo e isso significa que uma intervenção no meio ambiente imediato da criança é método terapêutico eleito.

É importante reconhecer o meio ambiente não suficientemente bom o mais rapidamente possível, para não perdermos tempo com psicoterapia, quando o necessário é um atendimento especializado à criança. Isso muitas vezes significa um manejo alternativo temporário ou permanente – cuidados residenciais, cuidados substitutos ou adoção. (Winnicott, 1996f, p. 238)

Os problemas derivados de oferecer um tratamento psicoterápico quando a problemática central encontra-se no ambiente são bem ilustrados por Winnicott na descrição sucinta do caso Jenny (Winnicott, 1965e). Trata-se de uma menina de dez anos que tinha como sintoma principal colite e foi, por isso, tratada por Winnicott com psicoterapia ao longo de vários anos. Logo no início da psicoterapia, os sintomas de Jenny desapareceram de forma quase mágica, mas o tratamento, no entanto, fora interrompido após o reaparecimento dos sintomas, que se deu em decorrência do retorno da criança à escola.

Esta recaída revelou as grandes dificuldades da mãe de Jenny, que, conforme se apresentou, agia como uma força desintegradora do caso. Ela havia envolvido no caso um grande número de médicos ao mesmo tempo, impossibilitando que, tanto Winnicott, quanto qualquer outro, pudesse manter o controle sobre ele. Era incapaz de permitir com que a menina se sentisse bem para ir à escola e isto estava associado com suas próprias dificuldades, dado que ela também fora incapaz, na mesma idade de Jenny, de permanecer na escola. Winnicott reconhece, neste caso, uma dificuldade no diagnóstico, que gerou, por sua vez, um equívoco na eleição do método.

Se eu tivesse sabido que o indivíduo perturbado na família era na verdade a mãe, e que a doença na menina era em grande medida expressão de um severo distúrbio psiquiátrico da mãe, eu teria escolhido fazer atendimento de caso ao lado da psicoterapia, ou em lugar dela. (Winnicott, 1965e, p. 180)

Neste caso, a impertinência do método utilizado em decorrência da dificuldade diagnóstica implicou na interrupção do tratamento e, conseqüentemente no fracasso do desenvolvimento emocional de Jenny: “a criança sabia que não tinha meios de lidar com essa tendência da mãe, e aos poucos adaptou-se à sua sina, conseguindo descobrir muitos ganhos secundários no fato de estar irremediavelmente doente” (Winnicott, 1965e, p. 181).

O caso Anthony, descrito por Winnicott (1965e), ilustra bem a aplicação do atendimento de caso. À época da descrição do caso, Anthony já era adulto, mas chegou à Winnicott quando tinha oito anos, tendo sido acompanhado por longos anos. Chegou pela primeira vez devido a uma compulsão em brincar com suas próprias fezes e uma forte tendência a roubar e mentir. Era filho de pais separados e vivia com o pai e madrasta desde três ou quatro anos. O principal elemento desintegrador do caso era pai, “um homem muito instável, de temperamento maníaco-depressivo e cultivador de uma atitude exasperante em relação à sociedade” (Winnicott, 1965e, pp. 184-185).

O pai – e a madrasta, que se identificava completamente com o ponto de vista de seu companheiro –, nunca puderam dar espaço ao menino. Não tinham qualquer pretensão de cuidar dele e colocavam toda a responsabilidade sobre Anthony nas instituições sociais, trazendo como uma das principais dificuldades de manejo, conforme comenta Winnicott, “evitar que a irritação com os pais (isto é, com o pai) interferisse com nossa atitude positiva em relação ao menino” (Winnicott, 1965e, p. 185)

O menino foi acompanhado pessoalmente por uma assistente social, mas o caso exigiu diversas intervenções. Winnicott encaminhou Anthony a um abrigo para crianças desajustadas, período no qual o *London County Council (LCC)* custeou-lhe educação e todas as necessidades de um lar. Além deste, diversos outros tipos de manejo foram necessários, o que envolveu cartas enviadas pela clínica em que Winnicott trabalhava para as instituições envolvidas no caso, com vistas a encorajá-las quanto aos cuidados de Anthony, apesar da atitude exasperante de seu pai. Quando Anthony foi

realizar o exame a fim de conseguir uma bolsa para a universidade, seu pai lhe negou o dinheiro da inscrição, o que foi vivido como uma grande decepção para Anthony. A clínica, embora Winnicott saliente que isto era totalmente incomum, forneceu-lhe o dinheiro da inscrição, o que fora realizado como um aspecto do manejo, dada às dificuldades impostas pelo pai ao desenvolvimento do menino.

Um aspecto importante, salientado por Winnicott, que este caso ilustra quanto à modalidade atendimento de caso, diz respeito ao papel da instituição no fornecimento do ambiente total, o que constitui propriamente o tratamento. Embora existam algumas desvantagens na interferência que a instituição possa produzir no caso, Winnicott salienta dela seu papel de estabilidade, como uma vantagem que supera todas as desvantagens, especialmente tendo em vista que este tipo de caso exige acompanhamento por longos períodos.

Embora em psicoterapia seja muito difícil mudar o psicoterapeuta, no atendimento de caso, deve ser a clínica, e não o indivíduo, a responsável pela manutenção de uma continuidade de relação com o caso. O assistente social não tem certeza de que permanecerá para sempre no mesmo posto. Se considerarmos as coisas ao nível da psicoterapia de indivíduos, não é ideal que o assistente social trabalhe para uma agência ou uma clínica. Mas as vantagens superam em muito as desvantagens, pois a estabilidade da clínica excede enormemente a de qualquer indivíduo. (Winnicott, 1965e, p. 191)

Todos os aspectos institucionais devem ser considerados, no atendimento de caso, em termos da provisão ambiental total, na qual se baseia este tipo de tratamento. Trata-se, como procuramos mostrar, de um tipo de trabalho realizado pela constituição ou reconstituição de um ambiente, a partir do qual o paciente possa retomar seu amadurecimento. Neste sentido, é muito importante, segundo Winnicott, que o profissional envolvido neste tipo de

atendimento tenha formação psicanalítica, mas este conhecimento deverá ser aplicado em outros moldes, de modo que “o profissional de atendimento de caso deve saber tanto quanto possível a respeito do inconsciente; mas em seu trabalho não há lugar para mudar o curso dos acontecimentos por meio de uma interpretação do inconsciente” (Winnicott, 1965e, p. 178). O trabalho aqui é realizado, fundamentalmente, em termos de manejo.

5.2.1. Ilustração clínica: o caso Philip

Um caso descrito no texto “Tolerância ao sintoma em Pediatria: relatório de um caso” (Winnicott, 1953b) ilustra alguns elementos importantes do trabalho clínico em termos de outras modalidades de atendimento, realizadas com base da teoria psicanalítica de Winnicott. Philip, um menino de 9 anos, chega até Winnicott em função de uma queixa escolar com relação a uma série de furtos praticados pelo menino. O tratamento de Philip, como apresentaremos a seguir, foi realizado contando basicamente com o ambiente familiar que foi capaz de prover-lhe cuidados especiais durante o tempo que fora necessário. Winnicott realizou uma primeira entrevista com a mãe, a partir da qual pode obter os dados detalhados da história de Philip e, posteriormente, algumas entrevistas com o menino nos moldes das consultas terapêuticas. Destas, apenas três delas são relatadas, sendo a primeira àquela que contém a comunicação essencial, a partir da qual foi possível a Philip regredir e gradualmente retomar seu amadurecimento. A partir de então, Winnicott viu o menino apenas algumas vezes, mas manteve-se acompanhando a família em sua tarefa terapêutica especialmente através de contatos telefônicos.

A partir da entrevista com a mãe, Winnicott soube que Philip era o segundo de três filhos, tendo como irmãos um menino mais velho e uma menina mais nova. O irmão mais velho fora amamentado até os cinco meses, tinha uma personalidade franca e direta e era muito admirado por Philip. Este, por sua vez, tivera um parto complicado pelo rompimento do saco amniótico dez dias antes do nascimento, fora amamentado durante seis semanas, mas, segundo relato, sua passagem para mamadeira fora tranqüila.

A mãe localiza o início dos problemas de Philip por volta dos dois anos, quando a guerra passou a interferir em sua vida. Até este episódio, era uma criança alegre e brincalhona e, a partir de então, começou a apresentar grandes produções de catarro, inabilidade para assuar o nariz e algumas dificuldades de coordenação. O início dos sintomas coincide com o período em que Philip, junto de sua mãe e de seu irmão, passou a viver longe de casa, possivelmente em algum tipo de abrigo nos tempos de guerra, dado que Winnicott relata que, dos dois aos quatro anos, o menino não tivera mais cuidados em um ambiente pessoal e caseiro, tendo que compartilhar sua vida com crianças estranhas e agressivas. Neste período, Philip tornou-se também excessivamente dócil e quieto.

A partir dos quatro anos até pouco tempo antes do início do tratamento (aproximadamente nove anos), Philip retornou a sua casa, mas esta estava ainda muito desorganizada: “as coisas do menino encontravam-se inevitavelmente espalhadas, nunca estavam todas num mesmo lugar, e cada objeto corria sempre o risco de perder-se” (Winnicott, 1953b, p. 169). O lar que fora desfeito só começou a se refazer quando do retorno do pai, que antes estava servindo ao exército. Philip tornara-se uma criança muito pessoal e privada e não era aberto com relação aos seus sentimentos, como o era o irmão mais velho.

Aos seis anos de idade, Philip submeteu-se a uma cirurgia de amídalas, que, no entanto, não mudara o quadro de obstrução e de intensa produção de catarro. Esta cirurgia coincide com a época do nascimento da irmã, período no qual Philip ficou abertamente ciumento, embora logo tenha se tornado afetivo a ela. Por esta época, os problemas de Philip passam a tornar-se mais reconhecíveis. Ao retornar da cirurgia, ele havia roubado o relógio da enfermeira, o que foi seguido de alguns outros roubos, cujos objetos eram sempre quebrados. A primeira consulta terapêutica com Philip, como veremos, elucida sua experiência traumática quanto ao nascimento da irmã, embora, conforme Winnicott sinaliza, ele também fora vivido pelo menino como um alívio, dado que os pais desejavam, para o segundo filho, o nascimento de uma menina.

A partir de então, no período que vai aproximadamente da idade de seis a oito anos, Philip desenvolveu a paixão por colecionar livros. Muito inteligente, comprava e se dedicava a leitura de muitos livros, em geral, daqueles que classificam coisas (animais, plantas, etc). Pouco a pouco, entretanto, Philip vai se tornando desleixado e perde o interesse por tudo, inclusive pelos livros. Outros episódios de roubo também acontecem neste período.

Neste ponto, cabe retomar alguns dos elementos teóricos quanto à problemática da tendência antissocial. O aspecto central de sua etiologia, sublinhado por Winnicott, é a ocorrência de uma deprivação, ou seja, a retirada abrupta de cuidados que foram inicialmente suficientemente bons, num momento em que a falha ambiental pode ser reconhecida como externa. Neste contexto, o roubo é compreendido como uma busca pelo objeto perdido e contém uma esperança, ainda que inconsciente, de que o ambiente seja restaurado. No caso de Philip, como ficará mais claro a partir da descrição da primeira consulta terapêutica, houve uma perda significativa do contato emocional com a mãe quando do nascimento da irmã e isto implicou numa ruptura de sua própria continuidade de ser.

Nesta época, quando Philip contava seis anos, algumas conquistas em termos de amadurecimento emocional já podiam ser tidas como dadas. Philip possuía, por exemplo, um apreço especial por um galgo, o que aponta para o estabelecimento da capacidade para relacionar-se em termos de objetos transicionais. Entretanto, conforme explicita Winnicott, de início o objeto transicional só pode fazer às vezes da mãe na condição de que esta esteja presente (ou de que ela não permaneça distante por um tempo maior do que a capacidade da criança de tolerar), o que significa dizer que o objeto transicional é apoiado pela existência e realidade do objeto subjetivo. Philip perdera, por ocasião do nascimento da irmã, o contato com o objeto subjetivo (a mãe em seu aspecto indiferenciado) e isto implica na perda do significado dos objetos transicionais, que tem como uma das funções essenciais, simbolizar a mãe. Não havendo a mãe, não há o que simbolizar. Nesse contexto, Philip, primeiramente, desenvolve uma atividade defensiva de manutenção do controle sobre os objetos, que já ameaçavam perder-se, evidenciada pela leitura compulsiva de livros que catalogam coisas. Em decorrência do vazio

subjetivo produzido pela perda do objeto, passa então a roubar, mas os objetos roubados não o preenchem, dada a perda do objeto real, e isto talvez se evidencie pelo fato de que estes sempre acabavam quebrados.

A perda do objeto (subjetivo e, por consequência, transicional), nesse contexto, implicou, em certa medida, numa perda de si mesmo, que se evidencia pelo fato de Philip ir, pouco a pouco, tornando-se desleixado, descoordenado e retraído. Aspectos defensivos quanto a ameaças de invasões ambientais também se apresentaram, tais como, fobia de ferir-se e, após a cirurgia das amídalas, fobia de médicos, além de medo de que as pessoas rissem dele, para o qual ele desenvolveu mímicas e histórias engraçadas, como forma de fazer as pessoas rirem quando ele queria.

Será a partir da consideração dos problemas de Philips como derivados de falhas ambientais que Winnicott conduzirá este tratamento tomando como aspecto central da terapêutica o cuidado promovido pela família, o que evidencia uma aplicação da noção de manejo em moldes não psicanalíticos: “embora não se tratasse de psicanálise, eu estava ali aplicando um conhecimento adquirido ao longo do meu trabalho psicanalítico” (Winnicott, 1953b, p. 176). A proposição de um tal tratamento baseia-se, entretanto, não somente no diagnóstico da criança, como também, num diagnóstico ambiental, ou seja, da família, que deve mostrar-se capaz de empreendê-lo.

Ao longo da entrevista, a mãe vai se dando conta de quanto Philip estivera doente e fala de suas dificuldades de manter-se em contato com ele nessa condição. Neste ponto, há um importante aspecto do manejo de Winnicott com a mãe de Philip, que diz respeito ao fato de ele ter-lhe falado a respeito de cuidados com um bebê normal, para explicar aquilo de que Philip necessitava ainda aos nove anos, deixando-a mais confiante quanto à possibilidade de realização desse cuidado. Sentindo-se apoiada, a mãe foi capaz de aceitar sua tarefa e, conforme Winnicott comenta, o lar passou a funcionar como um hospital psiquiátrico, que possibilitou o manejo da regressão durante o tempo em que ela foi necessária. Outro aspecto significativo da avaliação do ambiente diz respeito ao retorno pai que, agora

podendo conviver com os filhos, tornara-se mais interessado neles e, certamente, fornecia à mãe um apoio muito valioso.

É importante notar que, embora a mãe refira-se a dificuldades no contato com Philip por estar ele numa condição de doença, parece possível pensar que existiram outros fatores, anteriores ao aparecimento da doença, que podem ter contribuído para tais dificuldades. Alguns aspectos da história podem caminhar nesse sentido, tais como, o desejo dos pais por uma menina e a necessidade de algum tempo para se adaptar a um novo menino, além de dificuldades no parto e o tempo reduzido da amamentação, por exemplo. Nesse sentido, embora a ruptura fundamental tenha se dado quando Philip contava seis anos, pelo afastamento da mãe em decorrência do nascimento da irmã, é possível considerar estes aspectos anteriores, assim como outros subsequentes (ruptura do lar aos dois anos e instabilidade do lar vivenciada dos quatro aos nove anos aproximadamente, em grande parte relacionada à ausência da figura paterna), como fatores que também possam ter contribuído com o desenvolvimento da doença, podendo explicar, inclusive, aspectos mais regredidos do caso. Muito embora sejam estes aspectos importantes do desenvolvimento de Philip, a consideração detalhada destes elementos poderia ser realizada num tratamento psicanalítico, que não fora cogitado neste caso, dado o entendimento de que a parte essencial do cuidado a Philip seria realizada por uma nova provisão ambiental no interior da família (manejo). Ainda que isto implique em certas perdas em termos de *insight* e percepção quanto aos processos internos envolvidos na doença, isto, segundo Winnicott, não é tão significativo. A parte essencial seria o cuidado ambiental a partir do qual Philip retomaria seu desenvolvimento e é, sobre estas concepções, que Winnicott sustenta, de modo geral, o caráter econômico de deste tipo de intervenção, que prescinde, em grande parte, de ajuda especializada, sendo, desse modo, de grande utilidade para realidade institucionais que tem de lidar com grande demanda. No caso de Philip, tais considerações levam seguinte avaliação de Winnicott:

Era óbvio que a psicanálise estava fora de questão, pois uma viagem diária ou mesmo semanal a Londres perturbaria o uso que o menino poderia fazer de seu lar reconstruído, e seria esse lar reconstruído que iria encarregar-se da parte principal da terapia.” (Winnicott, 1953b, p. 175)

Houve ainda outro manejo importante do caso, relativo ao sintoma físico principal apresentado por Philip (obstrução nasal pela intensa produção de catarro) que, para Winnicott, possuía uma importância fundamental relativa a sua necessidade de viver a dependência, pois, através dele, Philip conseguia que a mãe pudesse vê-lo com mais frequência. Por esta razão, Winnicott visita junto à mãe, um médico Otorrino, que fornecera valiosos conselhos de especialista, mas também a prescrição de muitos medicamentos. Estes últimos são desaconselhados por Winnicott, que dá ênfase aos cuidados ambientais como forma de curar tais sintomas.

Como pediatra e psicanalista, Winnicott reconhece um valor de cura nos sintomas físicos, cuja função é a de mobilização do ambiente para o cuidado que se faz necessário. Quanto à etiologia, ele afirma que “poder-se-ia dizer que a maioria das doenças físicas é devida a invasões a partir do ambiente, ou distorções ambientais, e não puramente a distúrbios do desenvolvimento” (Winnicott, 1953b, p. 169), de modo que o sintoma físico deve ser encarado como “uma organização de extrema complexidade, produzida e mantida graças ao seu valor. A criança precisa do sintoma devido a algum empecilho ocorrido em seu desenvolvimento emocional” (Winnicott, 1953b, p. 169). Nesse sentido, muitos dos avanços das terapias químicas e a abordagem médica baseada em uma premência à cura são totalmente desfavoráveis. A este respeito, Winnicott afirma ainda:

O psiquiatra, portanto, não é um ‘curador de sintomas’. Ele reconhece no sintoma um SOS que justifica uma investigação completa da história do desenvolvimento emocional da criança em relação ao seu ambiente e à cultura. O tratamento é

direcionado à necessidade da criança de emitir um SOS.
(Winnicott, 1953b, p. 169)

É importante notar que mais adiante, neste caso, a enurese noturna se revelará como um dos sintomas significativos, que, a esta altura, apenas aparecia na forma de uma urgência em urinar. Winnicott descreveu a enurese como um dos sintomas mais iniciais do desenvolvimento da tendência antissocial que tem como função a mobilização do ambiente para o cuidado. Este aspecto, no caso de Philip, será analisado mais adiante, cabendo ressaltar aqui que tais sintomas contêm um elemento de saúde, que consiste em mobilizar o ambiente no atendimento das necessidades pessoais, de modo que qualquer tratamento que os aborde com uma premência à cura, corre o risco de negligenciar a necessidade mais importante em questão.

Após a entrevista e os manejos realizados com a mãe, Winnicott realiza a primeira entrevista com Philip, que, segundo ele, era necessária para que ele pudesse se “situar no manejo do caso nos próximos meses (em geral por telefone) e também porque o menino estava pronto para ter *insights*, que ele de fato teve no decorrer dessa hora e meia” (Winnicott, 1953b, p. 176). Pode-se, com isto, compreender que, além do diagnóstico mais preciso do menino, em termos de força do ego e qualidade de defesas, esta entrevista era necessária pela grande importância atribuída por Winnicott à necessidade da criança de se comunicar e de ser compreendida nesta comunicação. Foi a partir desta primeira consulta terapêutica que Philip, conforme indicamos, comunica a Winnicott a situação traumática que promovera a ruptura, o aspecto central do problema que só era notado por Philip e que, portanto, não pudera aparecer na entrevista com a mãe. O acolhimento desta comunicação, como veremos, foi de importância fundamental.

Philip é um menino inteligente e agradável. Chega à consulta mostrando-se retraído, um pouco confuso, preocupado com seus problemas e parecendo olhar objetivamente, como se lhe faltassem as pontes entre o mundo subjetivo e o mundo objetivamente percebido. A partir do jogo do rabisco, Winnicott vai gradativamente entrando em contato com a realidade psíquica do menino.

Os primeiros desenhos são marcados por um estado intensamente imaginativo. O primeiro rabisco, feito por Winnicott, que este comenta que poderia ser transformado em qualquer coisa, é transformado por Philip num mapa da Inglaterra. O segundo, feito por Philip, ele mesmo afirmou ser uma corda subindo pelo ar, acrescentando apenas alguns traços para indicar o ar. A possibilidade de realização deste desenho por Philip mostra mais um aspecto de manejo de muita sutileza, mas que evidencia a perspicácia clínica de Winnicott. Percebendo o estado imaginativo em que se encontrava o menino desde o início da consulta, ao deparar-se com o rabisco de Philip, que deveria ser preenchido por Winnicott, este se demora um pouco em fazê-lo, dando a Philip a oportunidade de expressar outra vez sua realidade psíquica, o que, de fato, ocorre. Sobre o terceiro rabisco, de Philip, que Winnicott transforma num rosto humano, Philip comenta ser um peixe, outra vez indicando estar “mais interessado em sua realidade interna do que em ser objetivo” (Winnicott, 1953b, p. 178)

No quarto desenho, de Winnicott, que Philip transforma rapidamente em um leão marinho com um filhote, aparecem referências importantes às dificuldades de Philip, que ficariam mais claras ao longo da consulta, tais como suas necessidades como bebê e o nascimento da irmã. Seguem-se mais três desenhos em que Philip mostra estar imerso em sua realidade psíquica, todos eles feitos e completados pelo menino. Destes, o primeiro mostra homens ligados por cordas escalando um rochedo, o segundo, um redemoinho com ondas e água e o terceiro, uma bota na água. A partir desse momento, seguem-se os desenhos que contém comunicações sobre a situação traumática e seu estado de adoecimento.

Nesse ponto, Winnicott comenta que Philip encontrava-se em um estado sonambúlico, de modo que ele ficara preparado para aparição de elementos psicóticos. É como se Philip precisasse de um estado de regressão, a partir do qual pudesse entrar em contato e, com isto, comunicar o que lhe havia passado. É possível afirmar que tal estado só pôde ocorrer por que se estabelecera uma relação de confiança com Winnicott, baseada no fato de que este permitira a Philip expressar livremente sua realidade psíquica, sem confrontar aspectos externos e sem invadi-lo. Nota-se que a percepção inicial

de Winnicott sobre Philip fala de um menino imerso em sua realidade psíquica, que podia olhar somente objetivamente, ou seja, ainda não havia um tipo de contato em que realidade subjetiva e mundo externo pudessem ser combinados. Evidencia-se, assim, a ausência de uma comunicação nos moldes transicionais, o que indicava a necessidade de Philip de comunicar-se com objetos totalmente subjetivos. É possível dizer que Winnicott compreende e se adapta completamente a esta necessidade de Philip, a ponto de o menino poder regredir e, a partir de então, fornecer a comunicação essencial.

Chega então o oitavo desenho, rabisco de Winnicott, transformado por Philip no que ele chamou de 'Punch com rasgos na roupa', comentando que Punch deveria estar fazendo algo horrível com um crocodilo, chateando-o, e, por isto, correndo o risco de ser comido. Mr. Punch é uma personagem do teatro de fantoches popular inglês, conhecido por ter uma personalidade forte e anárquica. Fazendo referência a esta personagem, Philip já introduzia alguns dos aspectos centrais de seu adoecimento: a atitude antissocial que se desenvolvera em decorrência da perda do objeto e, como consequência, a perda de si mesmo, que pode ser evidenciada pela alusão a um fantoche e que ficará mais clara a partir das comunicações subsequentes, em especial, no que se refere à função que o tio cumprira em sua vida, quando da ausência da mãe.

Nesse ponto, Winnicott compreende que Philip começara a falar sobre material onírico e passa a investigá-lo. Sugere que coisas assustadoras podiam ocorrer em seus pensamentos e, como resposta, Philip faz o nono desenho, o bruxo. Fala que o bruxo andava pelos corredores da escola e possuía poderes totais e sobrenaturais. Este desenho revelar-se-ia importante para explicar sua compulsão a roubar, conforme desenvolveremos a seguir.

Philip agora quer falar de seus sonhos. Conta sobre um sonho em que viajava de carro com mãe. O carro descia muito rápido uma ladeira e havia um fosso ao final dela, de modo que o carro talvez não pudesse parar. Entretanto, no momento em que o carro cairia, ocorreu uma mágica e o carro passou por cima do fosso. Aparece aqui o tema da mágica, que já havia sido anunciado através dos poderes sobrenaturais do bruxo, enquanto defesa quanto à

ameaça de cair ou romper-se, que também fora já anunciado no desenho do Punch. Winnicott fala a Philip sobre suas dificuldades de lidar com a realidade, para os quais era necessário lançar mão da mágica, em palavras apropriadas para uma criança de sua idade: “disse que ele estava com medo porque no sonho tinha tido que usar a mágica boa, e isso significava que ele tinha que acreditar em mágica, e se havia mágica boa também haveria mágica ruim” (Winnicott, 1953b, p. 179)

É importante notar aqui que, embora Winnicott fale das dificuldades de Philip no contato com a realidade, considerando a perspectiva sobre a qual ele desenvolve este caso e tomando como base o todo de sua obra, talvez fosse mais preciso dizer que as dificuldades derivaram da realidade ou, dito de outro modo, do ambiente real no contato com Philip. A dificuldade do menino em lidar com a realidade, poder-se-ia dizer, era secundária à falha ambiental, a partir da qual a confiabilidade que sustenta a realidade do mundo rompeu-se. É como se Philip, de repente, vira-se sem o mundo (ambiente) e esta é a razão pela qual não conseguia lidar com ele, senão por meio de “mágicas”, tentativas de tapar um buraco existencial que o lançaria necessariamente em desespero.

Philip conta outro sonho, no qual aparece o mesmo padrão defensivo. Ele havia batido na barriga no diretor da escola e, comenta em seguida, que não havia problemas com isto, dado que o diretor era bonzinho. Neste ponto, Winnicott reconhece o fato de Philip estar se aproximando de suas preocupações reais e pergunta sobre se alguma vez tinha se sentido triste. Philip podia agora comunicar-se com Winnicott “a partir do mais fundo do seu ser” (Winnicott, 1953b, p. 179). Chega então à comunicação essencial. Philip conta sobre o que chamava de ‘tempos sem graça’ e isto ocorreu quando da separação da mãe em função do nascimento da irmã.

‘Mamãe foi embora. Eu e meu irmão tivemos que viver sozinhos. Fomos para a casa dos meus tios. A pior coisa que acontecia lá era que eu via a minha mãe em seu vestido azul e corria para ela, mas quando chegava ela se transformava de

repente em minha tia, num vestido de outra cor.’ (Winnicott, 1953b, pp. 179-180)

Philip falava então do emprego da magia, na forma de alucinação da mãe quando de sua ausência, e da fragilidade deste tipo de defesa, que não suporta o teste da realidade. Winnicott fala sobre a dificuldade de descobrir que certas coisas que pensávamos ser reais não são e, a isto, Philip responde desenhando uma miragem, dando-lhe explicações científicas que havia aprendido com o tio. Philip introduzia, com isso, a comunicação sobre a função que seu tio cumprira durante este período, falando quase que espontaneamente sobre este assunto, situação a partir da qual a consulta ganhou um clima tenso.

Philip conta sobre o fato de, neste período, sentir necessidade de que lhe dissessem tudo o que fazer, a qual o tio correspondeu: “adotou deliberadamente uma atitude de sargento e, exercendo domínio sobre a vida do menino, contrabalançou o vazio resultante da perda da mãe”. O irmão também o ajudara dizendo a todo tempo: ‘Isto vai acabar, vai acabar.’ Mas, conforme comenta Winnicott, “Philip mal conseguiu impedir que o fio da experiência se rompesse” (Winnicott, 1953b, p. 180) e, talvez pudesse se dizer que, a atitude do tio apenas fomentava sua defesa, funcionando como uma espécie de magia contra a ausência da mãe, que o ajudara na ocasião, embora o mantivesse afastado de suas reais necessidades. Nesse período, Philip manteve-se, por assim, dizer, ausente de si mesmo, aludindo ao tema do fantoche que já havia aparecido por ocasião do desenho do Mr. Punch.

Continuando o tema dos ‘tempos sem graça’, Philip conta sobre uma situação em que sentiu saudades da mãe na escola e foi falar com o diretor, que somente lhe disse para animar-se. O menino fez, nesse momento da consulta, uma comparação com a posição de Winnicott, que evidencia a comunicação profunda que se estabelecera. Ele disse que “enquanto o diretor apenas dizia ‘Anime-se’, eu tinha conseguido compreendê-lo um pouco, e disso ele precisava muito” (Winnicott, 1953b, p. 181). Estabeleceu-se, assim, uma relação de grande confiança que, parece possível afirmar, deu-se pelo

adequado manejo da consulta, que consistiu basicamente em permitir que Philip falasse de seu mundo subjetivo, sem invadi-lo, permitindo-lhe, gradualmente, estabelecer as pontes com o mundo (ambiente ou analista), que lhe pareciam faltar de início. A profundidade da comunicação indicava que a sustentação ambiental permitiu ao menino entrar em contato com o ambiente de um modo pessoal.

Neste ponto, onde a confiança estava estabelecida, Philip foi capaz de contar a Winnicott sobre seus roubos, deixando claras as conexões entre estes, o bruxo com seus poderes sobrenaturais e a função que o tio cumprira quando do evento traumático. Ele conta que o bruxo, que tinha a voz exatamente igual a do tio, o mandava roubar, afirmando que pessoas de sua família não poderiam ser covardes. Por esta razão, não se envergonhava dos roubos. Winnicott compreende que “roubando ele buscava a mãe que havia sido perdida” (Winnicott, 1953b, p. 181) e, poder-se-ia acrescentar, a si mesmo que havia sido perdido, perda esta que permitiu o controle realizado pelo tio. É importante notar aqui que, nas manifestações antissociais, o roubo caracteriza-se por uma atividade dissociada, relativa a uma fração do eu que não se comunica com o eu total por não encontrar-se integrada, uma vez que refere-se justamente a partes da personalidade desprovidas de sustentação ambiental. Nesse sentido, o fato de Philip ter sido capaz de contar a Winnicott sobre estes episódios evidenciam que, não somente a profundidade da comunicação e da confiança se estabelecera, mas que estas produziram um efeito integrativo significativo para Philip.

Desse modo, a consulta estava a ponto de chegar ao fim, mas Philip quis ainda fazer mais um desenho que, Winnicott comenta, tinha a função de encerrar a consulta, bem como de comunicar o progresso que havia ocorrido. Aqui se evidenciam outros aspectos de manejo relativos ao fator tempo. Winnicott concede tempo a Philip, tempo para que as coisas possam acontecer, até o ponto em que possam também se encerrar, sendo este um gesto criativo que parte do menino e que é sustentado por Winnicott.

O desenho mostrava o pai no barco e acima uma águia carregando um filhote de coelho. Sobre este desenho Winnicott fala a Philip sobre a vontade

de roubar o bebê de sua mãe, dada sua “necessidade intensa de ser um bebê e de ter uma segunda chance de usar a mãe num estado de dependência”. Aos comentários de Winnicott, Philip responde: “E este aqui é o papai que não está ligando para nada”, mostrando que podia agora ter maior compreensão sobre o fator traumático: a separação da mãe em função do nascimento da irmã, complicado pelo afastamento do pai em razão da guerra. E, com isso, Philip estava pronto para ir embora.

Uma semana depois, Philip vem para a segunda consulta e esta mostrou que ele vinha basicamente para falar de seus progressos e para se expressar com alguém cuja confiança estava estabelecida. Um dos desenhos mostra a casa do bruxo, com Winnicott dentro dela com um fuzil, espantando o bruxo que está batendo em retirada. Da chaminé da casa sai uma fumaça que indica que a mulher do bruxo está cozinhando, mas Winnicott, segundo o menino, havia tirado a magia dela. Com isto, Philip comunica que o bruxo e sua voz se foram após primeira sessão e que a mãe, representada pela mulher do bruxo na cozinha, podia agora ser encontrada de modo real, não mais sob o efeito da magia (alucinação). Outro desenho, que ele dissera ser um desenho engraçado, mostra o bruxo com alvo de zombarias, indicando, pois, que Philip já não se sentia mais como objeto de derrisão.

Outros desenhos foram realizados nesta consulta que, segundo Winnicott, não eram significativos a ponto de serem mencionados, dado que o essencial era a comunicação de Philip de que havia melhorado. Há, neste ponto, um aspecto sublinhado por Winnicott que caracteriza bem o tipo de trabalho aqui realizado. Ele menciona um desenho no qual aparecem importantes referências à ereção genital e a ideias de felação, as quais, entretanto, não deveriam receber comentários ou interpretações, por não tratar-se de psicanálise. Estes são, por assim dizer, os relativos prejuízos inerentes a este tipo de trabalho, que, entretanto não são significativos, dado que o essencial dos problemas de Philip não eram os aspectos reprimidos, mas, sobretudo, aqueles que poderiam ser chamados de dissociados, a saber, relativos a frações da personalidade que não foram integradas em função de distorções ambientais. Winnicott esclarece, com isso, também a função de suas verbalizações (ou interpretações, como ele também poderia vir a chamar) neste

tipo de situação clínica. Elas não visam o desvelamento do inconsciente reprimido, o que ocorre em situações em que a estruturação da personalidade já é um fato. Quando, por outro lado, a própria estruturação da personalidade está em questão, as comunicações verbais tem o intuito de promover condições a sua integração: “ao verbalizar, falo para um eu consciente e reconheço o LUGAR DESDE O QUAL em sua personalidade total, o ponto central de sua ENTIDADE, sem o qual não existe um ELE” (Winnicott, 1953b, p. 184).

A terceira entrevista e as outras subsequentes, Philip também usa para comunicar aspectos de sua realidade interna num ambiente de confiança e as transforma em uma “hora de brincar” e, a partir de então, Winnicott comenta, “eu não fiz mais psicoterapia” (Winnicott, 1953b, p. 184) e todo o trabalho terapêutico fora realizado na casa da criança, através de cuidados familiares especiais.

Em casa, Philip foi aceito como “uma criança doente com permissão de ficar mais doente ainda” (Winnicott, 1953b, p. 184). Eis aqui outro elemento importante de manejo que diz respeito à comunicação a criança, ainda que de modo não verbal, de que ela pode desencarregar-se de suas dificuldades que estariam agora a cargo do ambiente⁷⁰. Neste caso, de modo prático, o manejo deu-se pela adequada orientação e acolhimento da mãe, que a tornou capacitada a exercer sua função e pela experiência de confiança estabelecida com Philip, que agora sabia que Winnicott o estaria acompanhando⁷¹. Tudo isto comunicou a Philip que ele agora poderia “receber aquilo a que toda criança tem direito no início, ou seja, um período em que é natural que o ambiente se adapte ativamente às suas necessidades” (Winnicott, 1953b, p. 184), possibilitando-lhe a regressão.

⁷⁰ O caso Patrick, descrito no texto ‘Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda’ (Winnicott, 1965f), ilustra a importância de, em certas situações clínicas, comunicar à criança o fato de ela estar doente e, com isso, dar espaço para que um movimento de regressão se inicie. Este aspecto do manejo no caso Patrick, que ilustra também a importância do que ocorreu no caso Philip, é comentado por Dias (2011b) e por Hammoud (2009).

⁷¹ Aqui tem-se mais uma vez a utilização do manejo enquanto função paterna.

Philip tornou-se cada vez mais retraído e dependente, apenas saía da cama pela manhã e alguém tinha que vesti-lo. Vivia em estado sonambúlico. Reagia com desespero caso alguém tentasse estimulá-lo a acordar e isto foi então evitado. Tornou-se incivilizado e preocupado às refeições, descoordenado e desenvolveu uma série de bizarrices, para as quais nunca lhe fizeram qualquer observação ou comentário. Passava, nesses períodos, muitas horas apenas observando seu galgo.

Chega então a fase mais acentuada da regressão, em que Philip mostrava-se cada vez mais cansado quase impossibilitado de levantar da cama. Neste contexto, ele passa a ter enurese noturna, que fazia com que a mãe acordasse todas as noites para ir vê-lo. A enurese aqui, em contraposição a anterior urgência em urinar, indica que Philip podia agora contar com o cuidado ambiental e, com isso, não estar preocupado em controlar-se e, por assim dizer, encarregar-se de si mesmo. O menino, por outro lado, passou a beber grandes quantidades de água a fim de conseguir, cada vez mais, a ocorrência da enurese. Isto tudo durou cerca de três meses e a família sustentou todo o processo, fornecendo todo o cuidado necessário, manejo que foi decisivo e a partir do qual Philip, em uma certa manhã, levantou-se e os sintomas haviam desaparecido. Retornou a escola um ano depois, alcançou rapidamente sua turma e era reconhecido como saudável. Uma visita a Winnicott aos doze anos e meio revelou também o bom desenvolvimento de Philip.

5.3. Nota sobre o manejo como aporte para intervenções não psicoterápicas

Durante esta pesquisa, em que diversos sentidos e aplicações da noção de manejo foram se apresentando, foi descortinando-se também, cada vez mais claramente, a possibilidade de utilização do manejo em campos não psicoterápicos e mesmo não tradicionalmente ocupados pela Psicologia clínica. O caso Philip, descrito acima, por exemplo, apresenta uma discussão sobre o valor do sintoma físico para o desenvolvimento emocional, que está direcionado, claramente, entre outras categorias profissionais, aos pediatras. Outro exemplo pode ser o da modalidade clínica 'atendimento de caso', onde o trabalho é realizado prioritariamente por assistentes sociais, sendo este compreendido tratamento e não somente como mera distribuição de subsídios sociais. Além de diversos textos e passagens dedicados à assistência social (Winnicott, 1955b-b, p. 196; 1960a, p. 147; 1963c, 1965e; 1984i, p. 269; 1996f) e à pediatria (Winnicott, 1944a, 1948b, 1953b, 1958m, 1969f), diversos campos, envolvidos em alguma medida com o desenvolvimento emocional humano, também foram considerados por Winnicott. Quanto aos cuidados médicos e de enfermagem, Winnicott enfatizou ainda, além da Pediatria, o campo da obstetrícia (Winnicott, 1948b, 1957f, 1958f) e de toda a complexidade das doenças psicossomáticas (Winnicott, 1930b, 1934c, 1966d; 1984i, pp. 268-269; 1989vm, 1996d, 1996e). Ele destinou diversos textos aos professores e ao tema da educação (Winnicott, 1940b, 1953d, 1957d, 1965s, 1968b, 1996l, 1996p) e referiu-se a este tema, ainda que de passagem, em outros momentos (Winnicott, 1965ve-a, pp. 285-286; 1988, pp. 94-95). Também dedicou-se ao tema da adoção, remetendo-se, especialmente, aos pais adotivos (Winnicott, 1954c, 1954d, 1955a, 1957g, 1965k) e remeteu-se também, no que concerne aos cuidados de crianças, aos pais em geral, como é o caso do livro "A criança e seu mundo" (Winnicott, 1964a), que consiste numa compilação de uma série de palestras radiofônicas destinadas ao público leigo.

O ponto central a ser destacado aqui é o fato de que, a partir da compreensão do ambiente aspecto fundamental do desenvolvimento emocional, Winnicott reconheceu um papel significativo de provisão ambiental em diversos tipos de instituições sociais e, nesse sentido, sua psicanálise também se dedicou a contribuir para a compreensão e abordagem de distintos problemas em distintos campos. Entretanto, nestes campos, as intervenções não são realizadas via interpretação do inconsciente reprimido. O professor não deve interpretar seus alunos, assim como, a enfermeira de maternidade não deve interpretar a mãe, assim como “os pais que interpretam o inconsciente para seus filhos estão se preparando para mau tempo” (Winnicott, 1963a, p. 227) Para os profissionais destas outras áreas, o conhecimento psicanalítico deve contribuir, sobretudo, como orientação do manejo a ser realizado, ou seja, um modo de estar, de se relacionar e de prover um ambiente que seja o mais adequado possível à situação que se coloca. A este respeito, Winnicott afirma:

É verdade que para aqueles que não estão se preparando para exercer a psicanálise (a maioria de meus leitores), os fenômenos do desenvolvimento instintivo e das defesas contra a angústia de castração serão de pouca importância prática. Se uma criança tem fobia, na prática pouco valerá para o professor saber o que seria encontrado se uma criança fizesse uma análise, principalmente se levarmos em conta que a análise raramente é viável. Ainda assim, para todos aqueles a quem foi confiado o cuidado de crianças, é útil possuir toda a compreensão que esteja ao seu alcance, pois no trabalho com crianças pequenas é certamente importante um conhecimento das razões pelas quais um contexto estável é essencial. (Winnicott, 1988, p. 81)

Neste contexto, descortina-se uma das contribuições mais significativas da psicanálise winnicottiana, que ainda precisa ser explorada e desenvolvida, que diz respeito à possibilidade de desenvolvimento práticas preventivas.

Winnicott refere-se, em diversos momentos, aos cuidados maternos iniciais como uma questão de profilaxia (Winnicott, 1953a, p. 305; 1958d, p. 165; 1958f, p. 271; 1960c, p. 45; 1965vc, p. 65). A respeito do estágio da dependência absoluta, onde se situa a gênese das psicoses, Winnicott afirma: “as bases da saúde mental do indivíduo, no sentido da ausência de psicose ou predisposição à mesma (esquizofrenia), são lançadas por este cuidado materno (Winnicott, 1960c, p. 49).

A importância da prevenção também foi destacada no que concerne à tendência antissocial, que, dependendo da evolução do caso, torna-se inacessível ao tratamento psicanalítico. Por essa razão, Winnicott afirma: “não podemos esperar curar muitos daqueles que se tornaram delinquentes, mas podemos esperar compreender como prevenir o desenvolvimento da tendência antissocial” (Winnicott, 1958o, p. 30). Winnicott enfatiza a importância de práticas preventivas quanto à tendência antissocial, assim como, poderíamos acrescentar, quanto à psicose, tendo em vista que, o trabalho que pode ser realizado em termos de provisão ambiental no momento adequado, é notoriamente mais simplificado do que os cuidados que terão de ser dispensados quando do desenvolvimento de uma patologia propriamente dita. Ele afirma: “estamos lidando com um lactente, mas com um que tem a força e a astúcia de uma criança mais velha ou mesmo de um adulto” (Winnicott, 1958o, p. 30)

Uma tal contribuição só é possível, do ponto de vista da psicanálise, se esta levar em conta as funções do ambiente na estruturação da personalidade. Winnicott afirma que a psicanálise que, tradicionalmente, se fundou na compreensão do desenvolvimento em termos da vida instintiva, não pode oferecer contribuições significativas em termos de provisão que vise à saúde, ou seja, de provisão ambiental em termos preventivos (Winnicott, 1965vc). Este parece ser um campo ainda pouco explorado de intervenções psicanalíticas que apontam para o cuidado em termos de manejo, permitindo pensar que, a partir da utilização da noção de manejo, a psicanálise amplia seu campo de intervenção, ganhando perspectivas maiores de utilidade social.

Considerações Finais

O propósito desta pesquisa foi mostrar o desenvolvimento e a utilização da noção de manejo na obra de Winnicott.

Quanto ao desenvolvimento, foi possível mostrar que Winnicott, dialogando particularmente com a obra de Freud, partiu de problemas clínicos distintos, que foram, por sua vez, compreendidos a partir de outras chaves teóricas. Enquanto Freud tomou como problema central as neuroses e o compreendeu a partir de sua teoria da repressão, Winnicott tomou como problemas clínicos as psicoses, a tendência antissocial e o adoecimento de crianças. Neste contexto, sua psicanálise dedicou-se a mostrar a importância fundamental do ambiente para o desenvolvimento emocional, em especial, no que se refere aos primeiros anos de vida, o que, gradativamente, o levou a estabelecer distinções teóricas de grande porte com a psicanálise tradicional.

Estes aspectos têm sido objeto de estudo de diversos autores, há pelo menos duas décadas, conforme apresentamos ao longo deste estudo. Nesse sentido, o ponto mais específico de contribuição deste trabalho, no que se refere ao desenvolvimento da noção de manejo, relaciona-se ao modo como esta mudança de perspectiva teórica operou uma mudança no próprio método de tratamento, cujo instrumento central, tradicionalmente, é a interpretação. Tomando como modelo a relação mãe-bebê e a sutileza quase infinita inerente aos cuidados promovidos no interior desta relação, Winnicott proporia uma teoria da comunicação que enfatiza os aspectos pré-verbais, pré-mentais e pré-simbólicos como parte de uma comunicação silenciosa, que é mais essencial e mais fundamental. Com isso, desde sua perspectiva, a interpretação clássica não possui mais um lugar central no método de tratamento psicanalítico, que, agora, passa a ser baseado em provisão ambiental ou, dito de outro modo, em manejo.

Foi possível mostrar, nesse sentido, que o cuidado analítico em termos de manejo não se aplica somente a determinadas situações clínicas não passíveis de tratamento pelo método tradicional, mas, por outro lado, ele implica na reformulação, em Winnicott, do tratamento psicanalítico padrão, bem como do procedimento interpretativo, que pode, em certas situações, ser ele mesmo, uma forma de manejo.

A partir dessas considerações, foi então possível explorar os diversos usos da noção de manejo, muito embora, devamos reconhecer, sua explicitação seria uma tarefa infinita, que nos levaria à tentativa de descrição das nuances dos encontros clínicos e humanos. Quanto à utilização da noção de manejo, propusemos, então, uma sistematização que se subdivide em dois eixos gerais: a utilização em termos da nosografia winnicottiana e a utilização em termos das distintas modalidades de atendimento praticadas por Winnicott.

Quanto ao primeiro eixo, relativo à nosografia winnicottiana, explicitamos as linhas gerais do tratamento das neuroses, das depressões, das psicoses e da tendência antissocial, apontando para o tipo de cuidado necessário em termos de manejo, tendo em vista o tipo de falha ambiental e as conquistas em termos de amadurecimento que se encontram na etiologia de cada uma dessas patologias. Neste contexto, foi possível esclarecer que, mesmo no contexto de um tratamento psicanalítico padrão (neuroses e depressões reativas), se este for compreendido a luz das proposições winnicottianas, sempre estão contidos aspectos de manejo e, mais do que isto, que o manejo é o procedimento central do tratamento das patologias cuja gênese encontra-se em falhas ambientais nos estágios de dependência, absoluta e relativa (psicoses, depressões psicóticas e tendência antissocial), caracterizando propriamente o que Winnicott denomina de análise modificada.

Quanto ao segundo eixo, relativo às modalidades de atendimento praticadas por Winnicott, apresentamos, a partir da discussão e análise de casos clínicos descritos e tratados por ele, a utilização do manejo em tratamentos que ficam restritos ao *setting* tradicional, bem como em tratamentos conduzidos a partir de outras modalidades de atendimento praticadas por Winnicott que, embora não sejam psicoterapias propriamente ditas, possuem eficácia terapêutica por vezes mais significativa que uma psicoterapia e estão baseadas rigorosamente em suas proposições teóricas. Nesse contexto, foi possível discutir a noção de manejo em termos das consultas terapêuticas, da psicanálise compartilhada, da psicanálise de acordo com a demanda e do atendimento de caso, mostrando que, nestas formas de atendimento, o manejo caracteriza-se, em linhas gerais, por uma provisão ambiental realizada pelo ambiente imediato do paciente, seja pela família, seja por outras instituições que se encarreguem do caso.

Esta pesquisa mostrou, portanto, que o manejo ganha, na psicanálise de Winnicott, o estatuto de procedimento terapêutico legítimo que, por sua vez, amplia o campo de atuação da psicanálise, tanto no que se refere à possibilidade de tratar patologias consideradas difíceis ou impassíveis de tratamento no contexto da psicanálise tradicional, quanto no que se refere à aplicação do conhecimento psicanalítico em outras modalidades de atendimento, que sendo menos dispendiosas, dão a psicanálise uma perspectiva de aplicação mais ampla em termos de utilidade social.

Assim, esta pesquisa também tratou de apontar perspectivas de utilização da noção de manejo em campos não psicoterápicos ou não tradicionalmente ocupados pela psicologia clínica, tais como: a Educação, a Medicina, a Enfermagem, a Assistência Social, etc., que sendo campos comprometidos, em alguma medida, com desenvolvimento emocional humano, beneficiar-se-iam do conhecimento psicanalítico para sua utilização em termos de cuidados ambientais, ou seja, de manejo. Do mesmo modo, descortina-se, a partir da noção de manejo na psicanálise de Winnicott, a possibilidade de desenvolvimento de práticas preventivas ou de promoção de saúde psíquica, o que, indiscutivelmente, poderia gerar contribuições inestimáveis ao campo social.

Referências

- Abram, J. (2008a). Donald Woods Winnicott (1896-1971): A brief introduction. *International Journal of Psychoanalysis*, 89(6), 1189-1217.
- Abram, J. (2008b). O objeto não-sobrevivente: algumas reflexões sobre as raízes do terror. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1).
- Birman & Niceás, J. e. C. A. (1982). Constituição do campo transferencial e o lugar da interpretação psicanalítica. *Transferência e Interpretação*. Rio de Janeiro: Campus.
- Birman, J. (1991). *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Blanton, S. (1975). *Diário de minha análise com Sigmund Freud*. São Paulo: Nacional
- Bonaminio, V. (2008). O não-interpretar: algumas considerações sobre a contribuição de M. Balint e dois fragmentos clínicos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1).
- Cesarino, M. M. (2008). *Contribuições da psicanálise winnicottiana ao campo da atenção pública em saúde mental: manejo e uso ampliado do setting na clínica das psicoses em instituições*. Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Dias, E. O. (1998). *A teoria das psicoses em D. W. Winnicott*. Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Dias, E. O. (1999). Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 1(2), 283-322.
- Dias, E. O. (2002). Da sobrevivência do analista *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 4(2), 341-362.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Dias, E. O. (2008). O uso da Interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*, 11, 588-599.
- Dias, E. O. (2011a). Da interpretação ao manejo. In Reis, R. (Ed.), *O pensamento de Winnicott: a clínica e a técnica*. São Paulo: DWW Editorial, 2011.

- Dias, E. O. (2011b). A interpretação na clínica winnicottiana *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW Editorial, 2011.
- Forlenza Neto, O. (2004). Aplicação das ideias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizoides, fronteirços e psicóticos). *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 6(2), 307-338.
- Forlenza Neto, O. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 82-88.
- Freud, S. (1895d). Estudio sobre la histeria. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1900a). La interpretación de los sueños. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. IV e V). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1901b). Psicopatología de la vida cotidiana. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. VI). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1905c). El chiste y su relación con lo inconsciente. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. VIII). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1905d). Tres ensayos de teoría sexual. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1909b). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. X). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1910a). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XI). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1910c). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XI). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1910j). Sobre el psicoanálisis "silvestre". *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XI). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1911b). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. 10). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Freud, S. (1912a). Recomendações ao médico que pratica psicanálise. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. 10). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Freud, S. (1912b). A dinâmica da transferência. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. 10). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

- Freud, S. (1913a). O início do tratamento. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. 10). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Freud, S. (1913j). El interés por el psicoanálisis. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XIII). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1914c). Introducción del narcisismo. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1914g). Recordar, repetir e elaborar. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. 10). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Freud, S. (1915a). Observações sobre o amor de transferência. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. 10). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Freud, S. (1915d). La represión. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1915e). Lo inconciente. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1916-17). Conferencias de introducción al psicoanálisis. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. 15). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1918b). História de uma Neurose Infantil. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. 14). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Freud, S. (1919a). Caminhos da terapia psicanalítica. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. 17). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Freud, S. (1920g). Más allá del principio de placer. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1923a). Dos artículos de enciclopedia. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1923b). El yo y el ello. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1925d). Presentación autobiográfica. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- Freud, S. (1933a). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XXII). Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- Freud, S. (1937c). Análisis terminable e interminable. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XXIII). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

- Freud, S. (1937d). Construcciones en el análisis. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XXIII). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1940a). Esquema del psicoanálisis. *Sigmund Freud - Obras Completas* (Vol. XXIII). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Fulgencio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 6(2), 255-270.
- Fulgencio, L. (2006). Winnicott e uma psicanálise sem metapsicologia. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 8(Especial 1), 401-420.
- Fulgencio, L. (2007). Winnicott's rejection of the basics concepts of Freud's Metapschology. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(2), 443-461.
- Fulgencio, L. (2008a). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 124-136.
- Fulgencio, L. (2008b). *O método especulativo em Freud*. São Paulo: EDUC.
- Fulgencio, L. (2008c). *Repetição e regressão no contexto analítico para Winnicott*. Comunicação apresentada no II Colóquio Winnicott de Campinas. "O manejo na clínica winnicottiana", Campinas.
- Fulgencio, L. (2012). *Modos de ser en la relación paciente-analista según Winnicott: observaciones acerca de las relaciones con el ambiente en el proceso analítico*. Comunicação apresentada no XXI Encuentro latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott. "Dialogando con Winnicott en el siglo XXI", Buenos Aires.
- Gadamer, H.-G. (2008). *Verdade e Método I e II*. São Paulo: Vozes.
- Garcia, R. M. (2004). *A tendência antissocial em D. W. Winnicott*. Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Garcia, R. M. (2005). O uso da consulta terapêutica na clínica da tendência antissocial. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 7(1), 209-234.
- Gay, P. (1990). *Freud. Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Glover, M. D. E. (1955). *The technique of psycho-analysis*. New York: International Universities.
- Gurfinkel, D. (2008). *Sonhar, dormir e psicanalisar: viagens ao informe*. São Paulo: Escuta/Fapesp.

- Hammoud, T. C. (2009). A regressão e seu manejo no caso Patrick: questões da clínica winnicottiana. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 11(02), 205-218.
- Hjulmand, K. (1999). Lista completa das publicações de D. W. Winnicott. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 1(2), 459-517.
- Hjulmand, K. (2007). D. W. Winnicott: Bibliography: Chronological and Alphabetical lists. In *The language of Winnicott: a dictionary of Winnicott's use of words*. London: Karnac, 363-435.
- Khan, M. M. R. (1958). Introdução à 'Da Pediatria à Psicanálise' In Winnicott, D. W., *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Khan, M. M. R. (1974). *Psicanálise: Teoria Técnica e Casos Clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Khan, M. M. R. (1988). *Quando a Primavera Chegar: despertares em psicanálise clínica*. São Paulo: Escuta.
- Klein, M. (1928). Estágios iniciais do conflito edipiano (1928). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (Vol. 1). São Paulo: Imago, 1996.
- Kuhn, T. S. (1970). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1982). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- Lawn, C. (2007). *Compreender Gadamer*. Petrópolis: Vozes.
- Lins & Luz, M. I. A. e. R. (1998). *D. W. Winnicott: Experiência clínica e Experiência Estética*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Lins, M. I. A. (2000). Agressividade e provisão ambiental. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 2(1), 49-69.
- Lins, M. I. A. (2006). *Consultas Terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Little, M. I. (1985). *Relato de mi análisis con Winnicott*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Loparic, Z. (1995). Winnicott e o pensamento pós-metafísico. *Revista de Psicologia USP*, 6(2), 39-61.
- Loparic, Z. (1997). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 4(2), 375-387.

- Loparic, Z. (1999). É dizível o inconsciente? *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 1(2), 323-385.
- Loparic, Z. (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de história e filosofia da ciência*, 11(2), 7-58.
- Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 8(Especial 1), 21-47.
- Loparic, Z. (2008). O paradigma winnicottiano e o futuro da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 137-150.
- Mezan, R. (2000). *Freud: a conquista do proibido*. São Paulo: Ateliê Editorial.
- Moraes, A. A. R. E. (2005). *A contribuição winnicottiana para a teoria e a clínica da depressão*. Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Naffah Neto, A. (2005). Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 7(2), 433-454.
- Naffah Neto, A. (2007). A noção de experiência no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 9(2), 221-242.
- Naffah Neto, A. (2010). As funções da interpretação psicanalítica em diversas modalidades de transferência: as contribuições de D. W. Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, 43(78), 79-90.
- Phillips, A. (1988). *Winnicott*. São Paulo: Ideias & Letras, 2007.
- Ragal, M. R., Weinstein, M. V. B., Jadur, S. G. (2007). Authors who have a impact on candidates training: cultural differences and theoretical languages. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(2).
- Roazen, P.(1999). *Como Freud trabalhava: relatos inéditos de pacientes*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Rodulfo, R. (2008). *Futuro porvenir: ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la clínica de la niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

- Safra, G. (1999). A clínica em Winnicott. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 1(1), 91-101.
- Safra, G. (2004). *Interpretação e Insight em Freud: origem, importância e evolução do conceito*. São Paulo: Sobornost.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida-SP/São Paulo: Ideias e Letras/Unimarco Editora.
- Sechehaye, M. (1951). *Interpretation Autobiography of a Schizophrenic girl*. New York: Meridian, 1994.
- Serralha, C. A. (2002). *Contribuições de D. W. Winnicott para a etiologia e clínica do autismo*. Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Serralha, C. A. (2007). *Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott*. Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Stroeken, H. (1987). *En analyse avec Freud*. Paris: Payot.
- Tyson, A. & Strachey, J. (1956). A chronological hand list os Freud's works. *International Journal of Psychoanalysis*, 37(1), 19-33.
- Vaisberg, T. A. (2004). *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida-SP: Ideias e Letras.
- Vilete, E. P. (2002). Regressão no processo analítico: a visão de Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 36(4).
- Vilete, E. P. (2005). Esperança e tendência antissocial na clínica. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 7(2), 457-465.
- Winnicott, D. W. (1930b). Breve comunicação sobre a enurese. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1934c). Urticária papular e dinâmica da sensação cutânea. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1939b). Carta ao British Medical Journal. *Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1940b). Crianças na guerra. *Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1941d). Resenha sobre The Cambridge Evacuation Survey. *Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

- Winnicott, D. W. (1942b). Consultas no Departamento Infantil. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1944a). Psiconeuroses oculares na infância. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1945d). Desenvolvimento emocional primitivo. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1947e-a). Residential management as treatment for difficult children. *Deprivation and Delinquency*. New York: Brunner-Routledge, 2004.
- Winnicott, D. W. (1947e-b). Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. *Privação e Delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1948b). Pediatria e psiquiatria. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1949f). O ódio na contratransferência. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1953a). Psicoses e cuidados maternos. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1953b). Tolerância ao sintoma em pediatria: relatório de um caso. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1953c). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1953d). A mãe, a professora e as necessidades da criança. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC editora, 1982.
- Winnicott, D. W. (1954a). A mente e sua relação com o psique-soma. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1954c). Armadilhas na adoção. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1954d). Duas crianças adotadas. *Pensando sobre Crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1955a). A adolescência das crianças adotadas. *Pensando sobre Crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1955b-a). A case managed at home. *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York: Brunner/Mazel, 1992.

- Winnicott, D. W. (1955b-b). Um caso tratado em casa. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1955c). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1955d). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1955e). Retraimento e Regressão. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1956a). Formas clínicas da transferência. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1957d). Agressão e suas raízes. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1957f). A contribuição da psicanálise à obstetrícia. *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- Winnicott, D. W. (1957g). A criança evacuada. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1958b). A agressividade e sua relação com o desenvolvimento emocional. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958c-a). The antisocial tendency. *Deprivation and Delinquency*. New York: Brunner-Routledge, 2004.
- Winnicott, D. W. (1958c-b). A tendência antisocial. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1958d). Ansiedade associada à insegurança. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958f). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958g). A capacidade para estar só. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

- Winnicott, D. W. (1958h). Análise da criança do período de latência. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1958i). Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1958m). Pediatria e neurose na infância. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958n). A preocupação materna primária. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958o). Psicanálise do sentimento de culpa. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1958p). A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1960a). Contratransferência. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1960c). Teoria do relacionamento paterno-infantil. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1961c). Formação em psiquiatria infantil: o departamento pediátrico da psicologia. *Pensando sobre Crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1962c). Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1963a). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1963b). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- Winnicott, D. W. (1963c). Os doentes mentais na prática clínica. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

- Winnicott, D. W. (1963g). Treinamento para psiquiatria de crianças. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1964a). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: LTC editora, 1982.
- Winnicott, D. W. (1964e). O valor da depressão. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1965d-a). The aims of psycho-analytical treatment. *The maturational processes and the facilitating environment*. London: International Universities, 1996.
- Winnicott, D. W. (1965d-b). Os objetivos do tratamento psicanalítico. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1965e). Atendimento de caso com crianças mentalmente perturbadas. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- Winnicott, D. W. (1965f). Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965h-a). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1965h-b). Classification: is there a psycho-analytic contribution to psychiatric classification? *The maturational processes and the facilitating environment*. London: International Universities, 1996.
- Winnicott, D. W. (1965j). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1965k). A criança carente e como pode ser compensada pela perda da vida particular. *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- Winnicott, D. W. (1965m). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

- Winnicott, D. W. (1965n). A integração do ego no desenvolvimento da criança *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1965r). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1965s). Influências de grupo e a criança desajustada: o aspecto escolar. *A família e o desenvolvimento do individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- Winnicott, D. W. (1965va). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1965vc). Provisão para a criança na saúde e na crise. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1965vd). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- Winnicott, D. W. (1965ve-a). A psicoterapia de distúrbios de caráter. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1965ve-b). The psychoterapy of characters disorders. *Deprivation and Delinquency*. New York: Brunner-Routledge, 2004.
- Winnicott, D. W. (1965vf). O relacionamento inicial da mãe com o filho. *A família e o desenvolvimento individual* São Paulo: Martins Fontes. 2001.
- Winnicott, D. W. (1966c). Dissociação revelada numa consulta terapêutica. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1966d). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1967b). A localização da experiência cultural. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1968b). O aprendizado infantil. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

- Winnicott, D. W. (1968c). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968d). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. *Os Bebês e suas Mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1968i). O Brincar: uma exposição teórica. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1968l). O valor da consulta terapêutica. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1969f). Um vínculo entre a pediatria e a psicologia infantil: observações clínicas. *Pensando sobre Crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1969i). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1970b). A experiência mãe-bebê de mutualidade. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1971a). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971b). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- Winnicott, D. W. (1971f). O conceito de indivíduo saudável. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1971g). A criatividade e suas origens. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971h). Sonhar, fantasiar e viver: uma história clínica que descreve uma dissociação primária. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971q). O lugar em que vivemos. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971r). O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (*self*). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

- Winnicott, D. W. (1971va). Os elementos masculinos e femininos cindidos encontrados em homens e mulheres. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1971vc). Introdução à parte um. *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- Winnicott, D. W. (1974). O medo do colapso. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1977a). *The Piggie. Relato do tratamento psicanalítico de uma menina*. Rio de Janeiro, Imago.
- Winnicott, D. W. (1977b). *The Piggie: An Account of the Psycho-Analytic Treatment of a Little Girl* Londres: Hogarth Press & The Institute of Psycho-Analysis.
- Winnicott, D. W. (1984g). Assistência residencial como terapia. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1984h). Sum: Eu sou. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1984i). Variedades de psicoterapia. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1986a). *Holding e Interpretação*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- Winnicott, D. W. (1986d). A criança no grupo familiar. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1986f). A cura. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1986k). Psicanálise e ciência: amigas ou parentes? *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1987e). A mãe dedicada comum. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- Winnicott, D. W. (1989d). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989f). D.W.W. sobre D.W.W. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- Winnicott, D. W. (1989m). A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989o). A interpretação na psicanálise. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1989vk). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989vl-a). Psiconeurose na infância. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989vl-b). Psycho-Neurosis in Childhood. *Psycho-analytic Explorations*. Harvard: Harvard University, 1992.
- Winnicott, D. W. (1989vm). Nota adicional sobre o transtorno psicossomático. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1989xa). O uso do objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo. *Explorações psicanalíticas*. Porto alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1996d). Sobre a neurose cardíaca nas crianças. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1996e). Psiquiatria infantil: o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1996f). Psiquiatria infantil, serviço social e atendimento alternativo. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1996l). Higiene mental da criança pré-escolar. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1996p). A professora, os pais e o médico. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed, 2005.