



Fernando Gomes de Oliveira

**Do amadurecimento ao encontro
analítico: um percurso clínico pela obra
de Winnicott**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Carlos Augusto Peixoto Júnior

Rio de Janeiro
Março de 2012



Fernando Gomes de Oliveira

**Do amadurecimento ao encontro
analítico: um percurso clínico pela obra
de Winnicott**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Profº. Carlos Augusto Peixoto
Orientador

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Profª. Cláudia Amorim Garcia

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Profº. Octávio Almeida de Souza

Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ

Profª. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 23 de março de 2012.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Fernando Gomes de Oliveira

Graduou-se em Psicologia pela PUC-Rio em 2007. Atualmente é psicólogo da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro.

Ficha Catalográfica

Oliveira, Fernando Gomes de

Do amadurecimento ao encontro analítico: um percurso clínico pela obra de Winnicott / Fernando Gomes de Oliveira; orientador: Carlos Augusto Peixoto Júnior. – Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, 2012.

150 f; 30 cm.

1. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia – Teses. 2. Amadurecimento. 3. Diagnóstico. 4. Manejo. 5. Holding. 6. Interpretação I. Júnior, Carlos Augusto Peixoto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD:150

Agradecimentos

Aos meus pais, que me apoiaram durante toda a vida.

Ao meu irmão, simplesmente eterno companheiro.

À minha avó, fundamental no meu percurso com seu amor incondicional.

À minha tia, que tanto contribuiu com a minha formação.

À Amanda, pela compreensão e pela inestimável ajuda durante esse longo percurso.

Ao meu orientador, Carlos Augusto Peixoto, pela interlocução e diálogo na obra winnicottiana.

À Octavio Souza, pelo acolhimento de sempre, pelos ensinamentos e preciosas contribuições.

À Claudia Garcia, pela atenção e disponibilidade ofertadas na minha trajetória acadêmica.

Aos meus amigos, sobretudo, aqueles com quem posso “pensar em voz alta”.

À Sérgio, pela leitura cuidadosa do texto.

À Danilo e Mariana, grandes parceiros durante a confecção deste trabalho.

Aos meus pacientes, que me ensinam a crescer e pelo estímulo a estudar.

Resumo

Oliveira, Fernando Gomes de; Júnior, Carlos Augusto Peixoto. **Do amadurecimento ao encontro analítico: um percurso clínico pela obra de Winnicott**. Rio de Janeiro, 2012. 150p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho fundamenta-se nas teorias propostas por Donald W. Winnicott e tem por objetivo elucidar alguns eixos norteadores da classificação diagnóstica nas diversas configurações subjetivas descritas pelo analista inglês. Para alcançar esse objetivo, em um primeiro momento descreve-se a teoria do amadurecimento emocional, ressaltando o processo de integração, a questão da trama psicossomática — a habitação da psique no soma — e as relações de objeto. Na sequência, busca-se delinear os critérios diagnósticos propostos por Winnicott ao longo de sua obra, traçando um quadro a partir de cinco tipos clínicos: neurose, psicose, esquizoidia, tendência antissocial e falso *self*. Essa classificação demonstra as preocupações do autor com a dimensão humana do processo terapêutico, a criatividade e a saúde, bem como com a gravidade dos distúrbios psíquicos elencados no tratamento psicanalítico. Nesse sentido, descrevem-se algumas experiências do manejo clínico e a importância do *holding* e da interpretação, sobretudo naquilo que se denomina de “interpretação-*holding*”. Com isso, aponta-se para a existência de interpretações que assumem a função de *holding* no percurso analítico. Assim, acredita-se que os conceitos e as indicações clínicas postuladas por Winnicott ao longo de sua obra podem trazer elementos e subsídios para pensar as múltiplas manifestações de sofrimento psíquico que surgem na clínica psicanalítica contemporânea.

Palavras-chave

Amadurecimento; diagnóstico; manejo; holding; interpretação.

Abstract

Oliveira, Fernando Gomes de; Júnior, Carlos Augusto Peixoto(Advisor). **From development to analytic encounter: a clinical journey through Winnicott's work.** Rio de Janeiro, 2012. 150p. Msc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This study was based on the theories proposed by Donald W. Winnicott and aimed at elucidating some guidelines for diagnostic classification in several subjective configurations described by this English psychoanalyst. In order to reach this goal, at first, the Theory of Emotional Development was described, highlighting the integration process, the psychosomatic process– psyche indwelling in the soma – and the object relations. Therefore, a chart based on five diagnostic categories (neurosis, psychosis, schizoidism, anti-social tendency and true self and false self) was created with the purpose of outlining the diagnostic criteria established by Winnicott throughout his work. This classification shows Winnicott's concern with the human dimension of the therapeutic process, creativity and health, as well as with the gravity of psychic disorders involved in psychoanalytic treatment. In this sense, some episodes of clinical management and the important role of holding and interpretation were described (especially in the so-entitled “holding-interpretation” experiences). By doing so, it was possible to indicate the existence of interpretations which took the place of *holding* along the therapeutic journey. Consequently, it is believed that the concepts and clinical indications postulated by Winnicott throughout his work can provide us with elements and principles to consider the multiple symptoms of psychical suffering that intersperse contemporary psychoanalytic practice.

Key words

Development; diagnosis; management; holding; interpretation.

Sumário

1. Introdução	9
2. A jornada do humano	13
2.1 Integração	14
2.2 Personalização	36
2.3 As relações objetais	43
3. Classificação e etiologia dos distúrbios psíquicos	64
3.1 A neurose e o relacionamento em termos de pessoas totais	70
3.2 A psicose e as falhas ambientais na constituição do psiquismo	76
3.3 Os estados esquizoides como organização defensiva a eventos traumáticos	82
3.4 A tendência antissocial: da deprivação à delinquência	87
3.5 O desenvolvimento em termos de verdadeiro e falso <i>self</i>	93
4. As vicissitudes da clínica	103
4.1 <i> Holding</i>	109
4.2 Interpretação- <i>holding</i>	118
4.3 Interpretação	129
5. Considerações finais	136
6. Referências bibliográficas	141

A vida só é possível reinventada.
Anda o sol pelas campinas e passeia a mão
dourada pelas águas, pelas folhas...
Ah! Tudo bolhas que vêm de fundas piscinas
de ilusionismo... – mais nada.
Mas a vida, a vida, a vida, a vida só é possível
reinventada.

Vem a lua, vem, retira as algemas dos meus
braços.

Projeto-me por espaços cheios da tua Figura.
Tudo mentira! Mentira da lua, na noite escura.
Não te encontro, não te alcança...
Só - no tempo equilibrada, desprendo-me do
balanço que além do tempo me leva.
Só - na trevas fico: recebida e dada.
Porque a vida, a vida, a vida, a vida só é
possível reinventada.

Cecília Meireles, Reinvenção

1 Introdução

Tendo como proposta a problematização de alguns conceitos a partir da obra de Donald W. Winnicott, o presente trabalho busca refletir sobre algumas contribuições do clínico inglês que possibilitaram e deram ensejo a novos olhares sobre a prática analítica. Dessa forma, nosso interesse centra-se nos critérios diagnósticos e classificatórios dos quadros psicopatológicos estipulados por Winnicott, bem como na orientação sobre o manejo das inúmeras manifestações de sofrimento psíquico presentes no campo clínico.

Ao longo da história do movimento psicanalítico, os desafios impostos pelas diversas configurações subjetivas demandaram dos analistas um remanejamento do *setting* clínico, conduzindo-os a uma nova sensibilidade para a criação de ferramentas e mudanças técnicas no percurso analítico. Tais transformações ganharam um representante à altura na figura de Winnicott, seguindo os passos de uma tradição inaugurada por Sándor Ferenczi e também percorrida por Michael Balint.

Diante desses impasses que, de certa forma, sempre se fizeram presentes nas construções analíticas, vemos nas últimas décadas as reflexões e experiências winnicottianas ganharem cada vez mais importância na atual conjuntura psicanalítica, sobretudo diante dos diversos tipos de sofrimento psíquico que não se ajustam ao modelo clássico da estruturação edípica. Destacam-se os casos nos quais existiram falhas ambientais precoces, casos cujas questões centram-se no sentido de viver, ou seja, indivíduos em que o sentimento de “ser” e a existência são colocados em xeque. A constatação das dificuldades trazidas por estes pacientes que não se amoldam à técnica clássica remete-nos, dentre incontáveis questões, à indagação sobre o lugar ocupado pela dimensão diagnóstica e as diversas formas de aplicação do manejo clínico.

É de acordo com esse panorama de convergência – do revigoramento da obra winnicottiana e da relevância da utilidade diagnóstica com seus desdobramentos em relação ao manejo – que direcionamos nossa pesquisa neste trabalho. Seguiremos, portanto, as exposições feitas por Winnicott sobre sua atuação terapêutica, guiados pelas interrogações e estratégias singulares traçadas pelo autor em sua trajetória clínica. As formulações winnicottianas, estejam ou

não configuradas em seus inúmeros paradoxos, nos lançam desafios. Como nos mantermos vivos, despertos e criativos na função de analista? Como acolher o sujeito que nos escolhe para dividir seu sofrimento? Quais os postulados teóricos que orientam a experiência clínica nas mais diversas constituições psíquicas? Aliás, cabe destacar que tanto a teoria quanto o campo vivo da clínica encontram-se em um processo de retroalimentação, e é a partir dessa perspectiva que nortearmos o exame das concepções diagnósticas e das relações de manejo traçadas por Winnicott.

Assim, a divisão por temas adotada neste trabalho vislumbra traçar um caminho que permita ao leitor um melhor entendimento do tema, no qual a sucessão dos conceitos possa guiá-lo não por uma circularidade fechada em si mesma, mas por um instigante questionamento da prática clínica. Somos sabedores de que qualquer tipo de sistematização é uma elaboração que corre o risco de colocar em segundo plano as riquezas presentes nas discontinuidades do texto de cada autor, especialmente, um escritor como Winnicott.

Ogden afirma que os escritos do psicanalista inglês merecem, muitas das vezes, ser denominados de “poemas em prosa”, guardando paralelamente uma “combinação paradoxal de formalidade e intimidade” (Ogden, 2002, p.737 e 739). Desse modo, a forma de construção da dissertação pretende, através do esforço de ordenação e organização, dar inteligibilidade às questões formuladas, resguardando as indagações e potencializando-as na tentativa de pensarmos as questões que atravessam a obra de Winnicott. Cabe ainda ressaltar que optamos por não historicizar a formação de alguns conceitos na prática e na teoria psicanalítica, em vista da amplitude e complexidade que a tarefa demanda – além de tal empreitada fugir ao escopo desta dissertação.

Nestes termos, o primeiro capítulo faz um mapeamento da contribuição winnicottiana à teoria do amadurecimento, recorrendo à descrição das inúmeras incumbências e conquistas com as quais o vivente depara-se em cada estágio inicial da vida. Ressaltamos que nossa investigação sobre o processo maturacional limitar-se-á aos estágios precoces da formação subjetiva, visto serem estes os fundamentos edificantes para uma relação criativa e, portanto, saudável, com a externalidade. Seguindo este percurso, tentaremos correlacionar possíveis falhas em alguma tarefa desenvolvimental à emergência de inúmeros quadros

psicopatológicos – mais especificamente, os estados decorrentes das experiências de desintegração, despersonalização e desrealização.

Tais descrições não se constituem como um mero preâmbulo às considerações realizadas no capítulo seguinte, pois, apesar de o processo maturacional não estar configurado em uma perspectiva linear, existem condições de amadurecimento indispensáveis para que outras aquisições possam advir posteriormente. Nesse sentido, a exposição feita no primeiro capítulo permite-nos situar o desenvolvimento emocional primitivo e seu entrelaçamento com os critérios diagnósticos e classificatórios estabelecidos por Winnicott relativos aos inúmeros distúrbios psíquicos.

Desse ponto de vista, o segundo capítulo elenca os parâmetros adotados pelo analista inglês no tocante à dimensão diagnóstica e classificatória dos diversos quadros clínicos, sendo necessário, para isso, abordarmos algumas concepções de saúde e doença imbricadas no contexto próprio da natureza humana. Do mesmo modo, procuraremos pormenorizar a etiologia e as manifestações de algumas configurações psíquicas, tais como: neurose, psicose, esquizoidia e a tendência antissocial. Além disso, percorreremos as noções de verdadeiro e falso *self* estipuladas por Winnicott, em suas inúmeras facetas clínicas.

Ao problematizarmos o campo da prática clínica, é interessante observar que tornou-se lugar comum em certos grupos psicanalíticos contemporâneos, sobretudo os simpatizantes da obra winnicottiana, falar no provimento de *holding* ao paciente, sendo que o papel da função interpretativa aparece neste processo – e não raramente – obscurecido e destituído de sua relevância. Via de regra, muito dessa postura deriva de empecilhos e problemas eminentemente clínicos, levando assim os analistas a um questionamento quanto à eficiência da técnica interpretativa. Contudo, as mesmas leituras reducionistas e dicotômicas no que se refere à função terapêutica da interpretação vêm sendo problematizadas por inúmeros analistas na tentativa de rever essa circunscrição diametralmente oposta entre o elemento interpretativo e sua conexão com a esfera do manejo clínico.

É, portanto, dentro da atmosfera própria a esse debate que tentaremos descrever no terceiro capítulo o papel do *holding* e da interpretação, bem como o possível campo de encontro entre essas duas modalidades de atuação do analista – para o qual formularemos a noção de interpretação-*holding*. Destacando

continuamente a relevância outorgada por Winnicott ao papel do manejo clínico em relação aos diversos distúrbios psíquicos, contaremos com a contribuição do estudo feito no primeiro capítulo sobre os processos de maturação do indivíduo humano, bem com os parâmetros diagnósticos e etiológicos das múltiplas formações psíquicas, a fim de verificarmos no campo clínico a aplicabilidade da interpretação, do *holding* e da interpretação-*holding*.

Nossa aposta é a de que a imersão feita na obra winnicottiana nos auxilie a pensar a plasticidade da subjetividade humana, promovendo uma articulação dos processos que regem o desenvolvimento emocional primitivo com as diversas organizações psíquicas que vigoram nos encontros clínicos cotidianos. As questões suscitadas no campo do saber psicanalítico continuaram reverberando (que bom!) e indagando todos aqueles que se proponham a acolher o sofrimento alheio. Nesse sentido, não é nossa pretensão enaltecer e idealizar nenhuma suposta técnica ou base teórica winnicottiana que, aplicada no terreno da prática analítica, viesse solucionar os impasses da clínica contemporânea.

Trata-se, portanto, de uma reflexão sobre algumas contribuições formuladas por Winnicott que, como tais, são construções sempre provisórias, subordinadas ao plano dos acontecimentos vivos e inesperados que se apresentam na situação analítica. Assim, acreditamos ser necessária uma constante problematização e reavaliação da posição que ocupamos frente aos sujeitos que nos procuram para atendimento. A esse respeito, não é por acaso nossa escolha de um autor como Winnicott. Sua produção contínua de novos recursos clínicos serve como elemento inspirador à tarefa analítica, potencializando a sensibilidade dos terapeutas e levando-os ao exercício e à expansão de sua imaginação criativa.

2

A Jornada do Humano

Ao nascer, o bebê encontra-se numa jornada. Perante um mundo desconhecido, o qual nem mesmo ele reconhece como “mundo”, caminhos serão percorridos tendo como ponto de partida uma dimensão de dependência absoluta dos cuidados maternos. É por meio desta experiência intensa com o ambiente que os processos de constituição do *self* terão sua emergência, possibilitando assim a continuidade de um percurso rumo a uma independência do meio, marcada desde sempre por sua relatividade.

A ênfase ambiental em Winnicott encontra suas raízes nos seus trabalhos realizados durante a Segunda Guerra Mundial com crianças evacuadas, bem como no ofício realizado por anos como pediatra. Os inúmeros atendimentos efetuados levaram-no à constatação da importância de um relacionamento suficientemente bom da díade mãe-bebê e, ao mesmo tempo, dos prejuízos para o desenvolvimento psíquico derivados de uma provisão ambiental insuficiente. A percepção de Winnicott sobre a relevância destes efeitos danosos na vida do lactente (oriundos de uma ambiência de privação) acarretou na descrição pelo autor de inúmeros distúrbios precoces do desenvolvimento – destituídos de qualquer relação com a angústia de castração edipiana.

Portanto, o que está em jogo é se o meio ambiente favorece, ou não, o processo de maturação do indivíduo, isto é, até que ponto ele alicerça as tendências inatas do lactente para a integração, personalização e realização. Para além do amadurecimento simplesmente físico, importam as experiências integradoras que capacitam o *self* a enfrentar os percalços da vida, nos quais o circuito dos problemas relevantes ao sujeito é norteado pela dimensão da necessidade e não do desejo.

De fato, apesar de as necessidades estarem ligadas inicialmente, e, sobretudo, ao aspecto anátomo-fisiológico, elas não se reduzem a esta condição orgânica. Do mesmo modo, elas não concernem às tensões do *id* com suas dinâmicas de gratificação ou frustração, mas revelam a procura pela própria constituição da subjetividade (Lejarraga, 2008). Nesse sentido, um dos principais pontos desenvolvidos por Winnicott ao longo de sua teoria sobre o desenvolvimento emocional primitivo foi o destaque dado à tendência à

integração que se ramifica em uma série de tarefas pelas quais todos os indivíduos têm necessariamente de passar. As necessidades maturacionais vão se complexificando à medida que se sucedem e requerem concomitantemente a resolutividade das tarefas anteriores para a expressão do sujeito em toda a sua potencialidade.

Por sua vez, é importante destacar que a busca de integração e constituição do *self* é um processo em permanente realização, tendo como marca distintiva seu inacabamento. É através dessa constatação que percorreremos nas linhas abaixo a teoria do amadurecimento pessoal elaborada por Winnicott, em particular, no intuito de elucidar alguns dos critérios diagnósticos e indicações para o manejo clínico.

2.1 Integração

Winnicott afirma que o bebê no momento do nascimento já carrega consigo experiências e memórias vivenciadas no útero, bem como a capacidade de organizar defesas, ainda que precárias, contra alguma intrusão ambiental. Essas memórias pertencem à esfera do *self*, pois concernem a “continuidades de ser” proporcionadas por um meio que não era intrusivo — estado intrauterino (Winnicott, 1990).

A terminologia “continuidade do ser” aparece no final da vida de Winnicott, apesar de seus fundamentos estarem presentes desde o início de seus trabalhos. Este estado do ser origina-se de uma dimensão pré-subjetiva da experiência, no qual existe uma indiferenciação entre o bebê e o outro. Iniciadas no espaço intrauterino, as vivências de continuidade-descontinuidade, proverão sensações e impressões que servirão como base para a organização de uma unidade se si.

Desse modo, as experiências obtidas no período fetal darão ao lactente, em seu início de vida, um rudimentar estado de ser e um primitivo (incipiente) sentido desta continuidade do ser no tempo e no espaço. Com relação ao nascimento isento de problemas para o bebê, denominado por Winnicott como “normal”, pode-se dizer que a variação do estado intrauterino para o de recém-nascido não é sentido pelo infante como algo traumático. Isso ocorreria porque o movimento em

direção ao nascimento é dado pelo próprio lactente, através dos seus impulsos e movimentos.

É necessário partir do ponto de vista de que pode existir um nascimento que, do ponto de vista do bebê, não seja excessivamente intrusivo, e que seja produzido pelos impulsos em direção ao movimento e à mudança que se originam diretamente do estar-vivo do bebê (Winnicott, 1990, p. 166).

O nascimento colocará o bebê em uma dimensão de dependência dos cuidados maternos, sendo importante nesse momento que possíveis perturbações ambientais não provoquem necessárias reações por parte do lactente, visto que ele não possui uma força egoica suficiente para responder ao ambiente sem perder o fluxo de seu continuar a ser.

Em seu trabalho, Winnicott diferencia três categorias de experiência de nascimento: a normal, a traumática e a de natureza extremamente traumática. Um exemplo de parto traumatizante ocorre quando há uma demora excessiva no nascimento do bebê. Se o tempo se posterga demasiadamente, há possibilidade do infante vivenciar repetidas experiências cujo protagonismo fica a cargo do ambiente. Resta ao feto uma reatividade cujo resultado é uma perda de identidade temporária, ou seja, uma quebra na continuidade do ser (Winnicott, 1949a).

Em função de todo esse processo, verificaremos que a experiência ao longo do tempo de um sentimento de existência servirá de base para a afirmação de uma estabilidade egoica do indivíduo. Sendo assim, após o nascimento, se o ambiente exige do bebê – que possui um ego totalmente imaturo – uma responsividade extremada, o lactente poderá desenvolver uma paranoia grave. Este tipo de patologia não se vincula com a paranoia associada a um quadro psicótico, trata-se, pois, de uma paranoia (congenita, não herdada) cuja origem é mais primitiva. (Winnicott, 1949a).

Em particular, no que tange ao momento do parto, quando o *timing* para o nascimento é retardado, um sentimento de desamparo ou de adiamento infinito poderá advir. Outro aspecto, dada a postergação do nascimento, são as complicações referentes ao choro do bebê. Winnicott acredita que a dificuldade no estabelecimento de um “choro normal”, leva o lactente a ficar confuso em relação aos seus sentimentos de raiva e suas possíveis expressões. Em contraste, o autor pontua “que nos traços mnemônicos de um parto normal não haveria qualquer

sentimento de desamparo” e o choro anunciaria a fundação da alacridade através de uma expiração. (Winnicott, 1949a).

Do ponto de vista da terapêutica, o trauma do nascimento pode aparecer na análise de crianças, de adultos com distúrbios psicossomáticos – especialmente enxaquecas e problemas respiratórios, casos de hipocondria, entre outros. Destacam-se, sobretudo, os casos de psicose e, como citado anteriormente, os de paranoia congênita. Feitas essas considerações sobre o período do nascimento, vejamos agora como o indivíduo se insere no estágio que Winnicott denomina como “não integração”.

Nessa perspectiva, o início da vida do indivíduo delinea-se em uma não integração primária, o que implica em uma existência de indiscernibilidade do lactente com seu meio circundante. Em outras palavras, nos primórdios da existência o que predomina é uma dimensão anátomo-fisiológica na relação do bebê com sua mãe que, segundo Winnicott, leva o primeiro a carregar uma potência para o desenvolvimento da personalidade humana (Winnicott, 1990). Não há uma distinção entre o EU e o não EU por parte do infante, tendo a ambiência um papel indispensável no desenvolvimento dos impulsos hereditários do lactente. Portanto toda a tendência para a integração psicossomática e para a autonomia do sujeito está indissociada do aporte ambiental. Imbricadas de tal modo, que Winnicott declara:

Algumas pessoas se surpreendem quando ouvem dizer que as tendências hereditárias de um bebê são fatores externos, mas eles são tão claramente externos à pessoa do bebê quanto o é a capacidade que a mãe tem de ser suficientemente boa, ou sua tendência a ter dificuldades no que está fazendo, por estar deprimida (Winnicott, 1968a, p.80)

O estado de não integração não é caótico; ele permite a vivência de repousos que possibilitam ao sujeito a despreocupação quanto a possíveis invasões ambientais. Winnicott relata que a tônica nesta fase da vida do lactente é poder experimentar momentos de relaxamento, entregue a uma elaboração imaginativa de suas funções corporais, bem como passar à vivência de momentos excitados. O isolamento no qual o bebê descansa não possui uma conotação defensiva e ele só é possível quando a figura materna não faz exigências ao indivíduo, possibilitando-o futuramente a capacidade para “estar só, acompanhado” (Winnicott, 1958a).

No que tange ao desenvolvimento emocional, o infante ainda não adquiriu uma unidade. Através de sensações e de impulsos, o “centro de gravidade” do *self* é alterado de acordo com os deslocamentos provenientes dos instintos e do manuseio materno. Nesta dimensão concernente ao suporte da mãe são fundamentais os processos que Winnicott denomina como “preocupação materna primária” e “*holding*”.

O estado de preocupação materna primária se refere a uma espécie de “retraimento” ou “concentração” que ocorre quando a mãe chega ao fim da gravidez e pode perdurar por alguns meses. Ela se identifica conscientemente e, sobretudo, inconscientemente com o seu bebê, de maneira que sabe o que este precisa e no exato momento. Os lactentes que não recebem esse cuidado, diz Winnicott, “não conseguem se realizar, nem mesmo como bebês. Os genes não são suficientes” (Winnicott, 1968a, p.84).

Outra terminologia empregada por Winnicott para descrever o mesmo fenômeno é a de “mãe dedicada comum”. A expressão foi cunhada por Isa Benzie, uma produtora da BBC, em uma conversa com Winnicott, enquanto procurava um título para uma palestra que seria proferida por ele (Winnicott, 1966a). A maneira como uma mãe cuidará de seu bebê dependerá de sua vivência quando no papel de alguém que foi cuidada. Suas experiências relativas a esses primeiros momentos se refletirão no desempenho de suas funções maternas. Em referência à alimentação, o fato de a mãe poder nutrir através de seu seio concerne não somente ao seu aspecto infantil que é revivenciado, como também “[...] ao início dos tempos, quando os seres humanos mal haviam superado a postura dos animais mamíferos” (Winnicott, 1968b, p.25).

Ante o surgimento deste estado materno de uma sensibilidade extremada, Winnicott chega a compará-lo com uma doença. Contudo, o mesmo não teria uma conotação patológica devido à especificidade e necessidade da adaptação da mãe ao seu filho. Ela fornecerá um contexto de confiabilidade e segurança, permitindo, desse modo, que as tendências do lactente encontrem espaço para a sua atualização.

Este período da “preocupação materna primária” faz parte de um contexto de mutualidade mãe-bebê cuja menção à vida instintiva é postergada a um segundo plano, pois no princípio o que existe são necessidades corporais e, à medida que ocorre uma elaboração imaginativa das funções somáticas, estas se

transformam em necessidades do ego. Nesse panorama, a distinção de alguns termos nessa fase da vida é ressaltada pelo psicanalista inglês como fundamental. Por exemplo, o uso da palavra “necessidade” no lugar de “satisfação” e “frustração”. Essa observação tem sua compreensibilidade dada a diferenciação entre as necessidades do ego e as do id:

Deve-se ressaltar que ao me referir a satisfazer as necessidades do lactente não estou me referindo à satisfação dos instintos. Na área que estou examinando os instintos não estão ainda claramente definidos como internos ao lactente. Os instintos podem ser tão externos como o troar de um trovão ou uma pancada. O ego do lactente está criando força e, como consequência, está a caminho de um estado em que as exigências do id serão sentidas como parte do self, não como ambientais (Winnicott, 1960a, p.129).

Sob esse aspecto, Winnicott afirma não existir id antes do ego. Essa dimensão da vida humana é essencial, pois, segundo o autor, as satisfações instintuais iniciam-se como funções parciais e se não há um ego estabelecido elas acabam tornando-se seduções. Portanto, no tocante à capacidade adaptativa da mãe, não basta, por exemplo, a satisfação dos impulsos orais do lactente. A questão primordial é se a pessoa que desempenha o papel materno viola ou não as funções do ego da criança ao satisfazer suas necessidades. Se a satisfação alimentar é realizada sem apoio do funcionamento egoico, ela pode se tornar traumática (Winnicott, 1962a).

Detenhamo-nos agora em outro aspecto importantíssimo da mãe suficientemente boa, e já citado anteriormente: o *holding*. A condução em termos gerais do lactente é imprescindível para o desenvolvimento da saúde psíquica do indivíduo. Tal procedimento é de extremada importância e acaba levando Winnicott a afirmar que as comunicações mais importantes entre mãe e filho ocorrem quando a experiência do *holding* e do *handling* pelo bebê tem início.

A ação de segurar o bebê e a confiança deste no agente do cuidado permite que as vivências de situações fragmentadoras e harmoniosas constituam uma linha temporal de “continuidade do ser”. A mãe, empaticamente, ao segurar o infante, reconhece o fato de que tal manejo é complexo. O contato de seu corpo com várias partes do corpo do lactente, a maneira como a criança é levantada, como é estabilizada nos braços; enfim, o início, o meio e o término de todo o processo

possibilitam ao indivíduo incorporações de lembranças da adaptação ambiental, renunciando, desse modo, o estado integrativo.

Este desenvolvimento individual que reiteradamente transita de um polo não integrado para um integrado, no qual o bebê pode (re)experimentar estados de relaxamento é, sobretudo, dado pelo *holding*. A sensação do lactente diante da pele da mãe, a sua temperatura, as batidas do coração, o cheiro, os carinhos permitem que o mesmo relaxe harmonicamente. Dessa maneira, podemos dizer que o *holding* abarca todo o tipo de sensibilidade do bebê com a figura materna: cutânea, visual, auditiva, o evitamento de quedas (efeito natural da gravidade), dentre outras características. Quando a mãe encontra-se muito ansiosa, o tensionamento do seu corpo, os ritmos dos batimentos cardíacos não permitem que o repouso necessário do bebê advenha. Se porventura, este vier a ocorrer será devido à exaustão do infante e não por uma maternagem adequada às necessidades da criança. (Winnicott, 1960b).

Em suma, é a alternância de momentos de integração com períodos de não integração (através das experiências acumuladas) que ocorrerão os fundamentos basilares que proverão o *status* de unidade ao bebê. O foco proposto por Winnicott seria de não pensar no infante como um indivíduo que sente fome, ou mesmo basear nossa visão em termos de “satisfação ou frustração de impulsos”, e, sim, visualizarmos um ser que está na iminência de sofrer uma ansiedade inimaginável. Os conteúdos destas angústias primitivas podem ser assim expressos: ser despedaçado, cair eternamente, isolamento completo pela ausência de qualquer forma de comunicação e desunião entre soma e psique (Winnicott, 1968a) e (Winnicott, 1962a).

Quando o relacionamento mãe-bebê ocorre de modo criativo, há o surgimento de um contexto de confiabilidade e segurança, permitindo, desse modo, que as tendências do lactente encontrem espaço para a sua atualização. Se, no entanto, a relação é prioritariamente atravessada por sentimentos de submissão do bebê às contingências maternas, verificaremos um prejuízo ao desenvolvimento emocional do infante. Assim, um papel materno fundamental é a capacidade de não retaliar às investidas do infante, tais como morder, chutar, puxar, arranhar... Se a mãe sobrevive a esses ataques de modo não retaliativo, surgirá a dimensão da fantasia na vida da criança:

Se ela sobreviver, o bebê encontrará um novo significado para a palavra amor, e uma coisa nova surgirá em sua vida: a fantasia. É como se o bebê agora pudesse dizer para a sua mãe: 'Eu a amo por ter sobrevivido à minha tentativa de destruí-la. Em meus sonhos e em minha fantasia eu a destruo sempre que penso em você, pois a amo.' É isto que objetifica a mãe, coloca-a num mundo que não é parte do bebê, e a torna útil (Winnicott, 1968b, p.26).

Para Winnicott, uma das bases para o desenvolvimento saudável encontra-se, portanto, na sobrevivência do objeto outrora atacado. Cabe ressaltar que, futuramente, ao longo do desenvolvimento do indivíduo, outras dimensões ambientais desempenharão o mesmo papel no que tange à sobrevivência objetal – por exemplo, o pai, os brinquedos, os animais, entre outros. Contudo, o papel materno ganha destaque nesta transição vivenciada pelo infante, o que leva Winnicott a acentuar as possíveis complicações para a mãe no estabelecimento do processo de desmame. Este último necessariamente implica em uma ausência, portanto, surge a necessidade de que o afastamento não possua um sentido de retaliação aos ataques anteriormente desferidos por seu bebê.

Com referência a esses intervalos nos cuidados maternos, tal como o desmame, eles podem ser vividos pelo lactente como quebra em sua continuidade do ser. Essas descontinuidades do aporte maternal, se estendidas por um tempo além do tolerável pelo bebê, levam-no a desenvolver meios de sustentar as frustrações provocadas na maternagem.

O uso de satisfações autoeróticas e fantasias de satisfação aplacam, em certa medida, as angústias provenientes do fracasso materno. “A fantasia de satisfação, contudo, não preenche a carência da realidade, pois a continuidade da existência exige algo além da saciedade pela via do prazer” (Costa, 2007, p.95). Em síntese, toda a questão centra-se no fato de uma temporalidade de presença e ausência cuidadosamente gerenciada pela figura materna. Esta “mãe suficientemente boa”, além dos cuidados bem adaptados, é aquela que também faz uma desadaptação gradativa e progressiva, levando sempre em conta a capacidade de seu filho em tolerar os produtos de uma frustração habilmente dosada.

Apesar das tentativas do bebê de dar conta da desadaptação materna, se as perturbações são relevantes (tais como: irregularidades e imprevisibilidades no comportamento materno, abandono da criança, ruídos muito altos e outras imposições ambientais), o indivíduo terá de reagir a todas essas falhas, sendo estas vivenciadas como intrusões ao *self*. Segundo o psicanalista inglês, não são as

intrusões em si que contam, mas as reações a elas é que são importantes (Winnicott, 1956a).

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 que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal (Winnicott, 1960b, p.47).

Podemos verificar desse modo que é somente quando o bebê pode relaxar, sem ser impelido a responder a estímulos externos, que ele poderá vivenciar uma experiência na qual se sinta real. Com o passar do tempo, se a função de ego auxiliar da mãe está em ação, o infante terá a capacidade de se relacionar com objetos subjetivos.

Clinicamente podemos verificar a fenomenologia da não integração em momentos de relaxamentos de indivíduos saudáveis, bem como nas vivências regressivas originadas em análise, nas quais o terapeuta se responsabiliza pela organização defensiva do paciente. Destacam-se, sobretudo, as relações transferenciais com pacientes psicóticos – tipos clínicos que, segundo Winnicott, retratam mais fielmente este estágio do desenvolvimento emocional do indivíduo (Winnicott, 1945a).

Nesse sentido, a integração começa a ocorrer alternadamente, por curtos períodos e momentos, até que o indivíduo adquira um *status* de unidade. Após o alcance desse estado unitário, o lactente já possui condições de experimentar ansiedades associadas à desintegração, além da revivescência dos estados não integrados. O alcance de uma individualidade traz consigo a apreensão de um esquema corporal, sendo fruto do que Winnicott denominou de uma existência psicossomática, ou seja, da inserção da psique no soma.

Conjuntamente com o sentido de um interior e de um exterior, o infante ganha a dimensionalidade do tempo, ou seja, a confluência do passado, do presente e do futuro em termos relacionais. Quando a integração é alcançada o indivíduo passa à posição depressiva, e, dessa maneira, a cisão e a dissociação vivenciadas internamente através das experiências podem ser encenadas. Essa condição, diz Winnicott, refere-se a um estágio em que o bebê passa a possuir um sentimento de culpa quanto aos ataques impiedosos desferidos aos objetos; pois adquire o reconhecimento da mãe como pessoa total, ou seja, a mãe é tida como

um EU separado do lactente. Essa passagem do “*ruthlessness*” ao “*concern*” exige que o bebê possua o sentimento de continuidade, tanto no tempo quanto no espaço. Essa continuidade é dada pela mãe que sustenta ao longo dos dias as experiências instintivas do infante, permitindo a ele organizar e reparar imaginativamente suas experiências e os danos causados a ela.

Existem diferenciações quanto ao modo como uma integração pode se estabelecer para o indivíduo. A primeira baseia-se nas experiências instintivas e impulsos, bem como no relacionamento da raiva com o desejo. Nesse caso, houve uma fusão bem-sucedida dos elementos eróticos com os componentes agressivos. Winnicott comenta que, se a origem do processo integrativo ocorre desta forma, “a personalidade será provavelmente interessante e até fascinante por suas características. Na saúde há quantidades suficientes dessas duas coisas, e a combinação significa estabilidade” (Winnicott, 1990, p.140).

A segunda modalidade de integração assenta-se sobre o desequilíbrio dos impulsos com a raiva, o que poderá acarretar em uma aquisição unitária – precária, estereotipada, defendida – em que o aspecto repousante do relaxamento não integrado é inativo. Por fim, o terceiro tipo de integração refere-se àquela que estabelece um modo de vida paranoide muito precoce (diferente da paranoia que é estabelecida mais tardiamente). Sua etiologia concerne às falhas ambientais e ao excesso de reações exigidas ao indivíduo devido às intrusões ocorridas.

Contudo, um aspecto para o qual Winnicott nos chama a atenção deve ser considerado para que não caiamos no erro de confundir este terceiro tipo de integração com a expectativa natural de um ataque proveniente da concretização do processo integrativo. “A reunião dos elementos do self associada à constituição de um mundo exterior produz por algum tempo um estado que poderia ser rotulado de paranóide” (Winnicott, 1990, p.141).

A ansiedade referente a esses ataques paranóides é proporcional à época na qual a integração é alcançada. Quanto mais tarde e fora do tempo natural do bebê (ou seja, fora do desenvolvimento normal), a tendência é que o indivíduo desencadeie ataques defensivos contra o mundo externo. Essa distinção possui uma implicação clínica fundamental. Baseando-se no trabalho transferencial entre analista e analisando cujo protótipo seria a relação mãe-bebê, Winnicott alerta que, em atendimentos de crianças ou adultos, poderá ser necessário ao terapeuta ocupar uma posição intermediária entre o indivíduo recém-integrado e o mundo

externo repudiado. A eficácia da ação do analista estaria em evitar a organização de um padrão paranoide e possibilitar o desenvolvimento de um verdadeiro impulso instintivo.

Pontuamos novamente o esclarecimento winnicottiano de que os estados defensivos subsequentes à integração não são caóticos, já que fariam parte da cisão essencial a todos os seres humanos. Contudo, a cisão não precisa se tornar significativa caso haja um cuidado materno suficientemente bom no período de ilusão que a mãe proporciona ao seu bebê. Se isso não ocorre, do processo cindido resulta que

[...] a raiz do verdadeiro self dotado de espontaneidade permanece relacionada onipotentemente ao mundo subjetivo, incomunicável e o falso self baseado na submissão (destituído de espontaneidade) relaciona-se com o que chamamos de realidade externa (Winnicott, 1990, p.158).

Nesse sentido e dada toda sua construção da teoria e prática analítica baseada nas primeiras relações objetais, Winnicott nos alerta que em nossa atividade como psicanalistas nunca devemos tomar a integração como um fator já constituído. Verificamos, portanto, a ênfase do autor no caráter processual do desenvolvimento humano, ao destacar a atenção que devemos dispensar às flutuações pertencentes ao fenômeno da integração em cada indivíduo no seu momento de vida, conseqüentemente, no *setting* analítico.

Ora, a partir do momento em que o indivíduo atinge um estado integrado e a criança torna-se, de forma progressiva, organizada em uma existência unitária, qualquer experiência que leve a uma falência nessa constituição caracterizar-se-á como um processo desintegrativo. Na perspectiva winnicottiana, a desintegração possui como base o estado de não integração e funciona predispostamente como mecanismo regressivo, ao ser suscitada por algum retardo ou mesmo malogro da condição de integração primária. Da mesma maneira, ela pode ocorrer como consequência do insucesso de outras formas de defesa que vigoravam até aquele momento. Como frisou Winnicott, “A desintegração é um processo de defesa ativa, e corresponde a uma defesa tanto contra a integração quanto contra a não-integração” (Winnicott, 1990, p. 140) e (Winnicott, 1945a).

Há, portanto, certas condições nas quais o movimento de desintegração ocorre. Se tivermos um cuidado materno insatisfatório (não suficientemente bom)

durante o período de não integração, a vivência desse estado não integrado é sentida com desconfiança pelo indivíduo. Como herança desta condição ambiental fracassada, o sujeito terá a possibilidade, por exemplo, de ter medo nos momentos que antecedem a hora de dormir – visto que esse estado presentifica o repouso e relaxamento, bem como a ausência de consciência associada à inexistência de uma unidade do indivíduo humano. Contudo, caso tenha havido uma maternagem favorável e a constituição do sujeito ocorra de forma saudável, a dor ligada à desintegração que pode ocorrer durante o sonho e o relaxamento poderá ser aceita¹ (Winnicott, 1967a).

De outra forma, o fenômeno desintegrador pode ser derivado “da tremenda dor das várias ansiedades associadas ao estado plenamente integrado” (Winnicott, 1990, p.137). Nesse sentido, como explicamos no item anterior, vê-se em atividade um desmanche dos processos integrativos provenientes do estado paranoide ocorrido após o alcance da unidade individual. Por outro lado, ressaltamos que tal processo defensivo é acentuado à medida que o desenvolvimento integrador tem sua condição antecipada; além disso, essa situação provoca reações excessivas às intrusões ambientais, tendo como consequência a possibilidade de emergência da disposição paranoide precoce – a paranoia congênita (Winnicott, 1990).

Sendo assim, a desintegração possui características defensivas e o sentimento de medo configura-se como um processo doloroso por ter havido justamente um sentimento de unidade por parte do infante, ou seja, “existe alguém lá” para sentir a ameaça. Somos conduzidos, como ressaltamos anteriormente, à vivência de ansiedades inimagináveis caso não exista o provimento de cuidados satisfatórios por quem exerce a função materna. Nesse percurso, Winnicott observa que o uso do mecanismo desintegrador (apesar do caos apresentado frente a falhas ambientais nas quais não existe auxílio do ego materno) possui a vantagem de ser uma produção do próprio bebê e, portanto, está dentro de uma dimensão onipotente – em contraponto a uma ação proveniente do ambiente. Vista nessa perspectiva, a desintegração seria um mal menor, pois, como nos explica o autor, essa defesa “Em termos de psicanálise, é analisável, enquanto as ansiedades inimagináveis não o são” (Winnicott, 1962a, p.60) e (Winnicott, 1952a, p.207).

¹ “[...] especialmente porque o relaxamento está associado à criatividade, de modo que é a partir do estado não-integrado que o impulso criativo aparece e reaparece” (Winnicott, 1967a, p.12).

Dentro da dinâmica desintegradora propriamente dita, há uma espécie de funcionamento independente dos impulsos, visto que estes últimos agem livremente na vivência do sujeito. Em última análise, o psicanalista classifica a desintegração como um elemento “caótico”, na qual o desenvolvimento emocional ficará paralisado enquanto esse estado defensivo atuar (Winnicott, 1990) e (Winnicott, 1945a). Contudo, Winnicott nos lembra que, especificamente no âmbito clínico, “encontramos vários tipos de desintegração bem organizada, mesmo em crises severas ou surtos psicóticos” (Winnicott, 1990, p.140 e 141). Por se constituir como uma defesa, o componente desintegrador tenta, dentro de sua precariedade, controlar os objetos e forças atuantes no mundo interno.

Quanto à patologia esquizoide, o elemento desintegrador é recorrente. Há um temor em relação ao processo desintegrativo, o que leva à organização de defesas patológicas contra o mesmo — tal como verificamos em certos traços de insanidade apresentados nesta configuração subjetiva (Winnicott, 1967a). Quando o indivíduo não teve suas necessidades básicas atendidas e, por sua vez, sofre de uma privação, vemos o aparecimento de tendências desintegradoras, assim como as lembranças de colapsos desintegradores (Winnicott, 1965a, p.123). Nessas condições, poderemos visualizar em ação um funcionamento defensivo através da exploração da atividade intelectual – organização que Winnicott chamará de mente e que abordaremos mais detalhadamente daqui a pouco. Por enquanto, cabe salientar o lugar ocupado pela função do pensamento em resposta à ameaça vivida por um cuidado ambiental inexistente ou negligente.

Diante do que foi dito, é imprescindível que concebamos a integração em suas inúmeras formas, sendo uma delas o processo de habitação da psique no soma, portanto, é sobre esse sentimento de viver no próprio corpo que dedicaremos nossa atenção a partir de agora.

Segundo nos relata Kahr (1997), Winnicott demonstrou desde o internato um grande interesse pelas ciências naturais, em especial pela obra de Charles Darwin. Relatando o que o intrigava nos escritos do naturalista britânico, Winnicott escreveu:

O principal é que ele me mostrou que os seres vivos podiam ser examinados cientificamente, com o corolário de que as lacunas no conhecimento e na

compreensão não precisariam me assustar. Para mim, esta idéia nova significou um grande alívio de tensão, e conseqüentemente uma energia maior para trabalhar e brincar (Winnicott, 1945 apud Kahr, 1997, p.28).

São justamente essas lacunas, “esses espaços entre” que o autor inglês valorizará em sua práxis e na construção de seus referenciais teóricos. A traumaticidade ocorrida no processo maturacional do indivíduo emerge dos espaços de ruptura provocados por uma complicada adaptação ambiental que inviabiliza o *continuum* das experiências integratórias e personalizantes. Em razão disso, temos uma dimensão de necessidades psíquicas as quais requerem amplo atendimento do meio para que sejam desenvolvidas e, nesse circuito, se encontram os elementos inerentes à conquista do abrigo psicossomático (psique e soma).

Winnicott é enfático ao negar a dicotomia entre corpo e mente (em outras palavras, entre o “físico” e o “mental”), pois, para o autor, a verdadeira questão daquilo que ele denomina como “natureza humana” trata das relações entre psique e soma, “que em seu ponto culminante apresentam um ornamento: a mente” (Winnicott, 1990; p.44). Mas, afinal, a que se referem esses conceitos?

Mesmo havendo diferença operacional entre as funções psíquicas e corpóreas, elas estão intrinsecamente ligadas, dado o fato de o ser humano possuir uma existência essencialmente psicossomática. Winnicott não promove nenhuma diferenciação entre as naturezas humana e animal em termos de instintualidade, o que da mesma forma não acarreta em nenhuma perspectiva determinista. Para o autor, essa demarcação ocorre, sobretudo, pela elaboração imaginativa das funções corporais e pelas atualizações das tendências inatas ao desenvolvimento.

O psique-soma, bem como a mente não são partes separadas entre si que se unem para formar a totalidade do indivíduo. Ambas as funções estão em interação ininterrupta e são marcadas por uma indissolubilidade, cuja ação processual é uma característica constante.

Em termos evolutivos o soma ocorre antes da psique, acarretando, por conseguinte, que o somático vire a base da qual advirá o psiquismo (Winnicott, 1990). O soma refere-se ao corpo vivo. É importante esclarecermos, de antemão, a fim de evitar conclusões reducionistas quanto ao corpo vivo a partir de aspectos unicamente fisiológicos e anatômicos, que o soma abrange toda a “vitalidade” e “vivacidade” do animal humano – para usarmos uma expressão de Winnicott.

Podemos dizer que o soma é uma espécie de “corpo personalizado” que comporta gestos, respira, dorme, evacua, se alimenta, possui estados excitados e tranquilos, entre outras características. É expressão no corpo da presença de um outro, atualizando as diversas qualidades de encontros do bebê com sua mãe. É um corpo humano que, segundo Safra, desvela o “soma com pegadas da passagem de alguém devotado” (Safra, 2005, p.78 e 79).

A preocupação winnicottiana centraliza-se na própria constituição do indivíduo; e tal processo é intrínseco ao que ele chama de soma, pois o *self* possui em sua base uma constituição corpórea (Phillips, 2006). Portanto, ao refletirmos sobre o estatuto do soma, inevitavelmente adentramos na organização e composição daquilo que o autor denomina como pessoa total.

De fato, o soma concerne a um campo experiencial por excelência. O mundo no qual o bebê vive remete à vitalidade de seu corpo em conectividade com os múltiplos acontecimentos que o cercam: “Os tecidos estão vivos e fazem parte do animal como um todo, e são afetados pelos estados variáveis da psique daquele animal” (Winnicott, 1990, p. 44). Ao nascer, o lactente carrega consigo um potencial de motilidade e de erotismo que auxiliam o movimento do bebê em direção à vida. Nesse ponto, não é por acaso que Winnicott nos remete aos impulsos da vida intrauterina, à vida dos tecidos, recorrendo a um termo como “força vital”. Existe a necessidade de fusão destes elementos agressivos e eróticos (provenientes de uma saudável oposição ambiental) sem a qual o viver criativo ficará seriamente comprometido (Winnicott, 1950a).

É sobre esses elementos fundamentais na constituição do *self*, originados no corpo do bebê, que se expressa o gesto espontâneo. “O gesto cria o objeto, mas cria concomitantemente o braço ou qualquer outra parte do corpo implicada na ação criativa” (Safra, 2005, p.102). Em outras palavras, é baseado nesta possibilidade de vivenciar a espontaneidade que deita raízes sobre o próprio organismo que poderemos falar de um corpo de intensidades, ou seja, o soma. Talvez uma afirmação que expresse o sentido dado por Winnicott para desvelar o que o autor entende por soma seja encontrada no livro *A criança e o seu mundo*: “Mas creio que a melhor coisa que aprendemos na observação do bebê foi o seguinte: Vimos, pelo que aconteceu, que ele não é apenas um corpo, mas uma pessoa” (Winnicott, 1949b, p.87).

Por outro lado, a psique concerne a todos os aspectos do indivíduo humano que não se referem ao soma. Ela não é uma instância do aparelho psíquico ou substância, mas uma forma de operar da natureza humana (Loparic; 2000). Possui como função precípua a elaboração imaginativa das funções somáticas, sendo que, durante todo o processo de desenvolvimento, a psique ver-se-á ocupada com outras funções cujas tarefas girarão em torno das operações mentais que abrangem os “vários significados da palavra pensar” (Dias, 2003, p. 105).

Nesse contexto, a psique não é localizada pelo indivíduo em nenhum local em particular. Não devemos confundir, entretanto, a falta de um lugar no qual o indivíduo sinta a existência da psique e sua sustentação pela atividade cerebral. Tanto o pensamento intelectual quanto a psique encontram sua base somática em partes do cérebro:

O intelecto, assim como a psique, depende do funcionamento de um determinado órgão do corpo, o cérebro (ou certas partes do mesmo) [...] A parte do cérebro da qual depende a capacidade intelectual é muito mais variável que aquela de que depende a psique, sendo além do mais um componente recente na evolução da espécie (Winnicott, 1990; p. 30).

Cabe-nos atentar, conforme nos alerta Loparic (2000), para as ligeiras modificações do conceito da psique na obra winnicottiana. No artigo “A mente e sua relação com o psique-soma” (Winnicott, 1949c), Winnicott definirá a psique como “a elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas, isto é, da vivência física” (Winnicott, 1949c, p. 411). Já, no livro *Natureza Humana*, o pediatra britânico define a psique como o resultado da “elaboração imaginativa das funções somáticas” (Winnicott, 1990, p.70). Vejamos a diferença entre as duas concepções expostas até agora: enquanto que na primeira definição a psique é a própria elaboração, na segunda enunciação ela concerne aos produtos desse processo.

A psique pode promover a elaboração imaginativa das funções corpóreas se, havendo um cuidado materno suficientemente bom, o bebê sente-se seguro durante as experiências excitadas, bem como confiante para retornar relaxadamente ao estado de não integração. Sua tarefa fundamental é possibilitar o sentido de encadeamento das experiências vividas pelo sujeito em uma temporalidade. A junção do passado com as vivências do presente, bem como as expectativas em relação ao futuro possibilitarão a emergência do sentimento do eu

e a integração psicossomática. Devemos assinalar, além disso, que da psique fazem parte fantasias conscientes e inconscientes, sendo ela a responsável pela mediação do *self* com o mundo externo, com o próprio corpo e com o que acontece no mundo interno do indivíduo (Winnicott, 1990).

A descrição do processo de “elaboração imaginativa das funções somáticas” requer uma consideração pormenorizada, a fim de iluminarmos alguns dos fenômenos de extrema relevância para o processo de amadurecimento individual.

Nos estados excitados do bebê há o surgimento de uma expectativa em que o lactente prepara-se para encontrar algo o qual desconhece, bem como espera descobrir o local de sua realização. Nesse contexto, tende a predominar determinada função corporal, ou seja, aquela que se encontra mais implicada no processo. Esta poderá ser a boca, o ânus, a mucosa, a pele, entre outras. No início, aceita-se que o erotismo oral seja o dominante, dado o uso constante da boca pelo bebê, o que levaria, por exemplo, a uma elaboração imaginativa dessa área.

Esta elaboração imaginativa do funcionamento corporal “organiza-se em fantasias”² que irão variar de acordo, portanto, com a localização corpórea, a hereditariedade e a experiência do indivíduo (Winnicott, 1990).

A elaboração imaginativa da função deve ser considerada existente em todos os níveis de proximidade do funcionamento físico propriamente dito, e em todos os graus de distância do orgasmo físico (Winnicott, 1990, p. 69).

No artigo “O primeiro ano de vida”, Winnicott (1958b) define claramente a fantasia como correlata da elaboração imaginativa das funções físicas. De acordo com o pensamento apresentado pelo autor, no que tange à crescente complexidade das tarefas do viver humano, a fantasia insere-se, inevitavelmente, nesse processo. Dessa forma, segundo Winnicott, há uma possibilidade de que inicialmente a

² Na concepção psicanalítica corrente, fantasia concerne a um “Roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente” (Laplanche, 1994, p.169). Entretanto, Winnicott, ao referenciar-se ao termo fantasia, muda o significado de sua acepção tradicional. Em uma nota de rodapé do artigo “Psiconeurose na infância” (1961a), o autor explicita o uso que faz do conceito de fantasia, sendo este próximo da “elaboração imaginativa das funções somáticas”: “Ocorre-me que eu possa estar usando a palavra ‘fantasia’ de uma maneira que não é familiar a alguns de vocês. Não estou falando sobre o fantasiar, ou sobre a fantasia imaginada, mas sim pensando na totalidade da realidade psíquica ou pessoal da criança, certa parte dela consciente, mas a maior parte, inconsciente, e, ainda, incluindo aquilo que não é verbalizado, imaginado ou ouvido de maneira estrutural, por ser primitivo e próximo das raízes quase fisiológicas das quais brota” (Winnicott, 1961a, p.56; grifo nosso).

fantasia possua uma restrição em termos quantitativos. O psicanalista inglês nos propõe então uma classificação didática do desenvolvimento da fantasia:

- 1) Simples elaboração da função.
- 2) Distinção entre: antecipação, experiência e memória.
- 3) Experiência em termos da memória da experiência.
- 4) Localização da fantasia dentro ou fora do *self*, com intercâmbios e constante enriquecimento entre ambos.
- 5) Construção de um mundo interno, ou pessoal, com um sentido de responsabilidade pelo que existe e ocorre lá dentro.
- 6) Separação entre consciência e inconsciente. O inconsciente inclui aspectos da psique que, de tão primitivos, nunca se tornam conscientes, e também certos aspectos da psique ou do funcionamento mental que se tornam inacessíveis à consciência a título de defesa contra a ansiedade (ao que se chama o inconsciente reprimido) (Winnicott, 1958b, p.10 e 11).

No entanto, além da fantasia como elaboração imaginativa, devemos estar atentos para a aplicação dessa terminologia na obra winnicottiana. Por vezes, ela pode ser empregada no estágio do uso do objeto, visto que neste estágio o infante, ao mesmo tempo em que ama sua mãe a destrói na fantasia (inconsciente). Após a destruição do objeto, esse passa a fazer parte da realidade externa (Winnicott, 1968e). No trabalho de 1935a, intitulado “A defesa maníaca”, Winnicott utiliza o termo “fantasia” como uma manipulação onipotente da realidade externa. Futuramente, em 1957, mantendo o mesmo conteúdo semântico, o autor passa a usar o termo “fantasiar”, que ficará consagrado no artigo “Sonhar, Fantasiar e Viver: Uma História Clínica que Descreve uma Dissociação Primária” (Winnicott, 1971a). De acordo com Philips (2006, p.95), o fantasiar refere-se a “uma solução estupidificante para uma falha precoce de mutualismo com o ambiente, uma atividade mental em que nada acontece”.

Outra questão a ser ressaltada é a da tendência, através de uma leitura precipitada, a efetuar a associação entre as expressões “imaginativa” e “imagens”; por isso, é válido destacar que o processo de elaboração imaginativa em sua origem *prescinde de participação imagética*. No artigo “Uma Nova Luz sobre o Pensar Infantil” (1965a), Winnicott elogia o pensar, sendo este um aspecto do processo criativo. Contudo, é enfático na existência de alternativa a esse tipo de funcionamento da natureza humana, sendo justamente uma delas a “elaboração imaginativa” que mergulha a criança no mundo do sentido e não do significado. Este campo do “sentido” exclui o uso do processo representacional, pois ele

concerne a um campo de ordenação das experiências do qual o emprego da dimensão linguageira está ausente.

A ausência de uma articulação simbólica remete justamente a uma experiência pré-verbal, pré-reflexiva, em que a inscrição das sensações e estímulos os quais cercam o mundo do bebê registra-se diretamente no corpo: “[...] inicia-se a estocagem de experiências; as memórias corporais, que são pessoais, começa a juntar-se para formar um novo ser humano” (Winnicott, 1990, p. 39). Em um processo rápido e de crescente complexidade, o lactente começa a dar sentidos ao que lhe acontece, como nos diz Ivanise Fontes:

É aos detalhes sensíveis, aparentemente insignificantes e na verdade supersignificantes (um odor do quarto dos pais pela manhã, um som captado no ar, o motivo de parede de seu quarto de criança), que nosso psiquismo deve sua vivacidade (Fontes, 2010, p.43).

Derivamos desses processos precoces uma premissa norteadora da concepção de sujeito winnicottiano: a centralidade do corpo na experiência do mundo e do si – mesmo. É na relação do soma com o mundo que conferimos potência às dinâmicas afetivas no interjogo das elaborações imaginativas realizadas pelo indivíduo. O movimento de criação de sentidos é produto das relações entre os corpos – corpo da mãe, “corpo” do berço, “corpo” da mamadeira, enfim, os corpos do mundo.

O fenômeno da elaboração imaginativa do funcionamento corpóreo inclui dois aspectos importantíssimos para o ser humano: a historicização e a temporalização da vida. A primeira dimensão, que concerne a um sentido de uma história pessoal, bem como ao pertencimento a uma história coletiva, emerge pela provisão constante da mãe em relação às necessidades do bebê. Esses cuidados, por serem suficientemente bons, permitirão a continuidade das elaborações imaginativas e da experiência de ser.

Por outro lado, a função da temporalidade humana é adquirida à medida que a psique *registra e armazena* as experiências corpóreas. Nesse sentido, o ritmo imprimido pelos cuidados maternos através das experiências táteis, sonoras, visuais irá atualizando no bebê a dimensão do tempo. Explicitando a aquisição temporal segundo a concepção winnicottiana, Gondar afirma:

Quando se fala em ser, em estágios de desenvolvimento, em constituição de subjetividade, *o tempo* em questão está sempre no gerúndio: ser não é apenas existir; ser é seguir sendo, é o processo através do qual, sem nenhuma pressa ou nenhum dever, algumas potencialidades vão se desdobrando, se atualizando, ganhando forma (Gondar, 2002, p.108, grifo nosso).

É somente através destas duas dimensões – espaço e tempo – que o sentimento do eu pode ser fortalecido. Sendo assim, a elaboração imaginativa do funcionamento corpóreo trabalha no sentido de uma unificação das partes do corpo que, neste período precoce da vida, não está bem constituída. As repetições das experiências excitadas e tranquilas afetam a estimulação dos tecidos e dos órgãos, possibilitando ao infante o reconhecimento gradual de um si-mesmo. “Eu tento pensar nisso como aquilo que a mãe faz quando pega o seu bebê. Ela não o pega pelo dedão do pé. Ela pode fazer algum som suave para dar tempo a ele, ela o envolve e de alguma maneira o congrega” (Winnicott, 1948a, p.48). Esse tempo que a mãe proporciona é justamente a duração necessária para que o lactente possa elaborar imaginativamente aquela experiência de manuseio e realizar as experiências integratórias e personalizantes.

Em resumo, originalmente a atividade imaginativa é uma elaboração da função que demonstra a configuração indissociável da psique com o funcionamento corporal (pela via do cérebro, dos órgãos e tecidos) e passa necessariamente pela via da fantasia e da mente do indivíduo. Acrescenta-se que a própria elaboração imaginativa das funções somáticas irá, ao longo da vida, se complexificando em paralelo às novas exigências feitas pelas transformações do organismo humano. (Winnicott, 2005). e (Winnicott, 1990).

Pode-se dizer que entre o soma e a psique existe um relacionamento de crescente complexidade, em particular, derivado dessa relação surge o que Winnicott denomina de mente, sendo esta um modo especial de funcionamento do psicossoma. No artigo “A Mente e sua Relação com o Psicossoma” (Winnicott, 1949c), o autor afirma que não encontra em sua prática clínica um lugar único no qual o paciente possa localizar sua mente frente ao seu esquema corporal. Logo, vemos sua crítica quanto a tratá-la como uma espécie de fenômeno localizado, bem como sua advertência a propósito da crença de que ela seja uma espécie de “entidade”³. No livro *Natureza Humana* ele afirma:

³ Este é outro paradoxo da obra winnicottiana: o fato de o paciente localizar a mente em algum lugar de seu esquema corporal e a mesma não ser uma entidade.

Damo-nos ao luxo de fantasiar um local, que chamamos mente, *onde trabalha o intelecto*, e cada indivíduo localiza a mente em algum lugar, onde ele sente um esforço muscular ou uma congestão vascular no momento em que tenta pensar (Winnicott, 1990, p.71; grifo nosso).

Se há um ambiente facilitador não existe a necessidade de a mente existir separadamente do funcionamento do psique-soma, ou seja, como uma entidade. Entretanto, se ocorre algum problema ambiental a mente poderá se desenvolver como “uma falsa entidade e uma falsa localização” (Winnicott, 1949c, p. 410).

O bebê começará a usar as funções mentais especializadas na passagem da dependência absoluta para a relativa. O intelecto, nesse período, auxiliará o bebê na tarefa de lidar com as falhas ambientais à medida que prevê e compreende essas desassistências do meio e, mesmo que por definição possua uma função defensiva, não se caracterizará como um fenômeno patológico se as reações ao ambiente não ultrapassarem sua capacidade maturacional. Nesse sentido, como percebe Winnicott, a mente da criança é uma aliada da mãe, permitindo que esta possa, aos poucos, se separar de seu bebê.

Desta maneira, o pensar vem a existir como aspecto da imaginação criativa; ele serve à sobrevivência da experiência de onipotência e é um ingrediente da integração (Winnicott, 1965a, p. 121).

Contudo, a mente possui também um uso patológico e, antes de o apontarmos, cabe especificar as funções mentais desenvolvidas ao longo do amadurecimento humano. Excetuando-se o funcionamento sensório-motor e a elaboração imaginativa do funcionamento corporal, que não fazem parte da capacidade intelectual, temos inicialmente – de maneira incipiente – na capacidade mental a faculdade de catalogação, categorização e comparação (Winnicott, 1965a).

Segundo Winnicott, na saúde tudo o que é registrado é catalogado, categorizado e comparado. Com efeito, todo esse processo não se refere ao “pensar” propriamente dito, mas é referido ao “aparelho eletrônico que é utilizado no pensar” (Winnicott, 1965a, p.120). O intelecto, diz Winnicott, é uma característica da função de catalogação, comparação e categorização. Essas propriedades são funções da mente saudável, além da habilidade de medir o espaço e de usar o tempo como modo de regulação no que tange à relação de

causa e efeito. Naturalmente, todos esses atributos mentais progridem ao longo do tempo para um uso de maior complexidade.

O processo estruturante oferecido pela capacidade intelectual permite que as experiências catalogadas e classificadas sejam associadas a um fator tempo e, além disso, possibilita o acesso as lembranças até que as mesmas se percam na repressão primária ou secundária. Em um exemplo rudimentar do uso da mente, temos a paulatina aquisição, pelo infante, da capacidade de esperar a hora da comida, enquanto houve os barulhos que revelam a proximidade do momento da alimentação (Winnicott, 1958b, p.9), (Winnicott, 1990) e (Winnicott, 1965a).

Uma decorrência direta desta potencialidade individual de exercer o papel de registro, de catalogação e comparação é a presunção de Winnicott de “que nada do que foi registrado se perde, pelo menos a partir da data do nascimento e, provavelmente, exatamente antes dessa data” (Winnicott, 1965a, p. 120). O psicanalista inglês aponta que o funcionamento mental baseado na capacidade de memorização não é em si problemático. A função saudável ou doentia da mente dar-se-á, segundo Winnicott, de acordo com as ameaças ao sentimento de continuidade do ser do bebê; ou seja, se o fracasso ambiental ultrapassa a capacidade de assimilação e vaticínio da criança.

Formulando de outro modo, a questão a ser vislumbrada é da existência ou não de uma hiperatividade mental. O bebê começará a operar sobre esse tipo de funcionamento quanto maior forem os movimentos reativos em relação ao ambiente. Quando o processo é suficientemente bom, o bebê compensará as falhas maternas através de sua atividade mental. “Isto se aplica não apenas à satisfação das pulsões mas também de todos os tipos mais primitivos de necessidades do ego, incluindo até mesmo a necessidade de um cuidado negativo ou de uma negligência ativa” (Winnicott, 1949c, p.412). Pode-se dizer que toda a questão da etiologia da mente está referenciada à necessidade do *self* de ser provido inicialmente de um ambiente perfeito.

O processo falho de adaptação/desadaptação materna acarretará em experiências de sensações invasivas por parte do meio ambiente no que tange à dinâmica individual. As características de imprevisibilidade e excesso de ações intrusivas, por não operarem dentro de um movimento de predição uniforme pelo indivíduo, obrigam-no a um abuso de movimentos reativos. No intuito de lidar com esses desdobramentos, o indivíduo desenvolve uma espécie de hipertrofia do

funcionamento mental. Nesse contexto, a operação do pensar na criança não se desenvolve em conformidade com o processo natural de amadurecimento, pois, ela vê-se obrigada a registrar e controlar os cuidados dirigidos ao psique-soma.

Dentro desse viés, quando a criança começa a funcionar em um registro de intumescência mental, o efeito recai diretamente como um entrave à potência de vida do psique-soma. Assim, fruto de uma maternagem tantalizante nos primórdios da vida, a mente poderá vir a desempenhar o papel da mãe suficientemente boa, resultando em um processo patológico que Winnicott denomina como “psique-mente” no lugar do psique-soma (Winnicott, 1949c, p.336). Esta polarização da psique e do soma faz justamente o papel inverso do relacionamento inicial entre ambos. No princípio, se partirmos do pressuposto de uma personalização satisfatória, o que predomina são as repetidas e tranquilas vivências de cuidado corporal no qual a psique e o soma adquirem progressivamente uma relação intimista.

O tensionamento da psique-soma e seu desenlace no processo de “mentalização” produz uma série de repercussões na constituição do indivíduo. Em termos clínicos, podemos verificar um quadro de submissão (falso *self*), bem como uma dependência da mãe real. Pode acontecer também de o indivíduo colocar a “psique-mente” em alguma relação especial com a cabeça, vindo a desenvolver como sintoma “dores de cabeça”. Outro exemplo citado por Winnicott é o do sujeito que se identifica rapidamente com situações ambientais de dependência, contudo, nunca referidas a si mesmo. O indivíduo possuiria a capacidade quase mágica de minorar (durante um tempo limitado) o sofrimento alheio à medida que atende as necessidades básicas dos outros, tornando-se uma espécie de mãe suficientemente boa (Winnicott, 1949c).

Outras condições clínicas assinaladas pelo autor inglês, que expressam o fenômeno dicotômico da mente com o psique-soma, são descritas, por exemplo, em quadros como a psicose e a neurose obsessiva. No primeiro caso, podemos verificar, em alguns pacientes, a ocorrência de estados confusionais oriundos de uma tentativa de defesa contra o excesso de invasões provindo de um ambiente não facilitador. No segundo exemplo, os rituais obsessivos também são erigidos na tentativa de prever e catalogar qualquer perturbação ocasionada pelo meio externo (Winnicott, 1949c, p. 414 e 415).

2.2 Personalização

Winnicott usa a terminologia “personalização” como antônima do conceito psiquiátrico de “despersonalização”, usado na clínica de adultos. O psicanalista inglês faz a ressalva de que mesmo ela não sendo aceita de maneira geral, foi a mais apropriada para condensar sua vivência clínica dos fenômenos que concernem a esse período inicial do desenvolvimento humano (Winnicott, 1970a).

A morada, a habitação ou a residência da psique no corpo é o fenômeno que Winnicott utiliza para descrever essa etapa do processo maturacional. No início há uma indiferenciação entre soma e psique e lentamente estes vão se diferenciando. A tarefa do organismo humano é novamente reintegrá-los em uma unidade. Contudo, se pensarmos em termos evolutivos, diríamos que o soma é a base da qual a psique advirá.

Se pudéssemos descrever temporalmente os pilares que amparam o fenômeno da personalização, diríamos que o começo dar-se-á antes do nascimento da criança por meio do engajamento emocional dos pais. Os fundamentos da psique residindo no soma relacionam-se com a figura materna e a sua capacidade “de juntar o seu envolvimento emocional, que originalmente é físico e fisiológico” (Winnicott, 1970a, p.205). Nesta configuração inicial da vida é de suma importância que o ambiente adapte-se ativamente ao recém-nascido e ao seu primitivo psique-soma. O cuidado se realizará em termos físicos, e só posteriormente começa a ganhar novos adjetivos como “emocional”, “psicológico” e “social” (Winnicott, 1949c.).

Winnicott, em vários de seus artigos, qualifica o ambiente inicial como “perfeito”, ou seja, há uma indispensabilidade do meio em atender as necessidades do lactente de maneira absoluta. Esse ambiente atento e disponível possui como característica um movimento ativo e interessado nos gestos, impulsos e necessidades do bebê, contudo a necessidade dessa provisão absoluta se torna rapidamente relativa (Winnicott, 1949c.).

A mãe suficientemente boa possui como característica gradativas falhas em sua adaptação materna integral ao lactente. Aqui também é válido ressaltar que essas falhas, quando exercidas por uma “mãe devotada comum”, ocorrem de acordo com o ritmo e as possibilidades existenciais do bebê. Caso contrário, a

capacidade de tolerância do bebê será ferida, resultando em rupturas no seu movimento de existir, ou seja, na sua continuidade de ser.

Nessas condições, Winnicott coloca que o processo de personalização é gerado a partir de duas vertentes: a do próprio indivíduo e a do meio circundante. No que tange ao sujeito, contam as experiências tranquilas e excitadas ligadas aos instintos que abarcam as sensações corpóreas do indivíduo humano. Por sua vez, o ambiente propiciará os cuidados ao corpo, bem como “à satisfação das exigências instintivas que possibilitam a gratificação” (Winnicott, 1990; p.144). Em relação a essas satisfações, o pediatra inglês destaca os exercícios físicos espontâneos e o prazer do bebê ao ser posto nu na cama enquanto esperneia.

No tocante às experiências descritas acima, um elemento destaca-se como imprescindível para a localização da psique no corpo, qual seja: a pele. A vivência somatosensorial através das diferentes modulações apresentadas pelo ambiente – frio, calor, conforto, desconforto, luminosidade, escuridão, dentre outras – reforçam ou não a organização da sensorialidade à medida que delimitam gradativamente as fronteiras do corpo e da psique. É justamente a propósito desse registro sensorial ligado à pele que vemos a dimensão do *handling* adquirir papel fundamental.

O *handling* permite ao bebê ser envolvido em suas experiências sensório-motoras, facilitando a aquisição do senso de espacialização e de temporalização que só serão adquiridos se o lactente passar por essa experiência de ser manuseado. A ritmicidade presente na forma pela qual a mãe abraça seu filho, as carícias, a maneira como o levanta e deita-o, o modo de acariciá-lo, o envolvimento do lactente no ritmo da respiração e dos batimentos cardíacos dela permitirão que a psique realize suas funções. Dessa forma, “o corpo torna-se soma” (Dias, 2003, p.209) e o relacionamento entre estas duas dimensões humanas concorre para a coesão psicossomática do indivíduo.

Reiterando sempre a processualidade da obra winnicottiana, não nos esqueçamos de que as duas dimensões pertinentes ao processo de personalização encontram-se presentes durante toda a vida do ser humano:

Este assunto é muito semelhante ao da criança estar sentindo que mora em seu corpo por causa da existência dessas duas coisas: a criança ter experiências em que todo o corpo está envolvido, chutar, correr, comer, vir a conhecer-se como o lugar

em que ela mora, e também o manejo que provém do exterior (Winnicott, 1948a, p. 49).

Os cuidados físicos e psicológicos provenientes da mãe devem ocorrer de tal maneira que se torne desnecessária a distinção entre soma e psique, ou seja, é fundamental que o cuidador maneje a criança como se a pessoa do bebê e seu corpo formassem uma unidade.

O bebê é uma barriga unida a um dorso, tem membros soltos e, particularmente, uma cabeça solta: todas estas partes são reunidas pela mãe que segura a criança e, em suas mãos, elas se tornam uma só (Winnicott, 1969a, p. 432).

Winnicott faz essa ressalva destacando o fato de que algumas mães oferecem e estabelecem um bom contato com a pessoa da criança, porém são incapazes de intuir e prover as necessidades corporais de seu bebê. Da mesma forma, há mães em que verificamos a ocorrência inversa – existe um bom cuidado físico, contudo, elas parecem desconhecer a experiência de que um ser humano começa a habitar o corpo ao qual elas dão assistência. O resultado dessa dinâmica é a fragilização do processo de alojamento da psique no soma.

Na esteira desses cuidados maternos, Winnicott lembra que, quando a maternagem é realizada de maneira adequada, ou seja, a mãe se identifica com seu bebê atendendo-o em suas necessidades, o lactente não terá a dimensão de seu corpo sendo constituído em partes fragmentadas. Não ocorrerá, por exemplo, de o bebê sentir-se dividido em duas partes – o corpo e a cabeça – fenômeno que futuramente poderá acarretar em uma tesura patológica na região do pescoço (Winnicott, 1969a).

No artigo “Sobre as Bases para o Self no Corpo”, Winnicott comenta sobre as anormalidades físicas e como elas podem nos ensinar sobre o assentamento das bases para o *self* no corpo. Relata que muitas dessas anormalidades são constituídas de tal maneira que os bebês não as percebem desta forma, ou seja, os lactentes as tomam como algo normal. “Na realidade, o bebê tende a presumir que o que se acha lá é normal. Normal é o que está lá” (Winnicott, 1970a, p. 209).

Todo problema baseia-se na aceitação por parte daqueles que cuidam da criança. Se os cuidadores aceitam a anormalidade do indivíduo, não ocorrerão distorções egoicas neste último. O *self* e o senso do sujeito podem ficar intactos

por estarem baseados num corpo que era normal para este no período de sua formação, sobretudo, quando houve uma experiência de ser aceito como pessoa (Winnicott, 1970a). Através das provisões maternas, há um constante movimento de apresentação e reapresentação do soma com a psique. De fato, as características desse acalanto ambiental e desse interjogo psique-soma dependerão da aceitação que os pais têm do corpo de seu filho e das expectativas que eles depositam no desenvolvimento físico e psicológico da criança.

No universo referente ao processo de amadurecimento é importante ressaltar o fato de que: “A personalização não significa apenas que a psique está colocada no corpo, mas também que, finalmente, à medida que o controle cortical se amplia, o corpo todo se torna o lugar de residência do self” (Wallbridge & Davis, 1982, p.56). Ainda a respeito do *self*, Winnicott acreditava que o seu centro de gravidade não começa no bebê, ele diz respeito ao conjunto ambiente-indivíduo. A descoberta do *self* ocorre especialmente nos olhos e na face da mãe que servem de espelho à criança. Nessa perspectiva, Winnicott coloca a hipótese de que ao olhar para o rosto da mãe o lactente vislumbra na realidade a si mesmo. Essa constatação, retirada da experiência com pacientes regredidos, parte do pressuposto de que a mãe reflete (se parece) com o que ela visualiza no bebê.

Em outras palavras, na ocorrência de um bom manejo pelo meio, a gravidade do self do lactente “que está na organização meio ambiente-indivíduo tem a possibilidade de se alojar no centro, no cerne em vez de na casca” (Winnicott, 1952a, p. 208). Será possível para o indivíduo, após o desenvolvimento de um si-mesmo baseado no centro, alojar a psique no corpo de maneira contínua e gradual.

Enfim, o processo de personalização representa uma aquisição no sentido da saúde e sua ocorrência concerne tanto ao âmbito do indivíduo, quanto às diferentes qualidades de cuidados oferecidos à criança. Se o meio permite, pelo viés da confiabilidade, a expressividade do corpo, podemos dizer que o infante através de seu gesto adentra um processo de criação onde cria tanto o mundo quanto a si mesmo, iniciando o processo de personalização.

Detenhamo-nos agora no processo que Winnicott denomina como despersonalização. Segundo o autor, em momentos em que alguma frustração instintiva promove um sentimento de futilidade, o enraizamento da psique no corpo é delibitado, sendo necessário que o indivíduo suporte um período de

desconexão entre o soma e a psique. Tal processo pode ser verificado em todos os graus possíveis da despersonalização e permite demonstrar como é precária a coexistência psicossomática – visto o imbricado trabalho de união psicossomática feito pelo bebê em seu desenvolvimento maturacional. É importante ressaltar que existem estados despersonalizadores que não são em si mesmos patológicos, por exemplo, as situações de cansaço físico. O psicanalista inglês chega a citar Lawrence da Arábia, que, após cinco dias andando em cima do camelo, sentia seu corpo cinco jardas acima do animal. “É assim que você ausenta do seu corpo e não sabe onde começa e onde termina” (Winnicott, 1948a, p. 49) e (Winnicott, 1990).

A dificuldade comum do enraizamento no corpo que é enfrentada pelo indivíduo em amadurecimento também pode ser verificada na passagem da vigília ao sono e vice-versa. Winnicott relata a dificuldade de retornar ao corpo (a psique encontra-se ausente) após acordar de um sono profundo e, valendo-se disso, a mãe previne esse acontecimento, evitando pegar a criança abruptamente enquanto esta se encontra adormecida. Além desse fenômeno cotidiano, verificamos clinicamente que a “ausência da psique pode vir de par com fases de palidez, suor, diminuição da temperatura e vômitos” (Winnicott, 1958b, p.8).

Um exemplo de despersonalização citado por Winnicott seria um estado clínico relativamente comum relatado em crianças normais, ou seja, o “ataque de biliar”. A crise biliar deixa a criança ausente do contato com a realidade, flácida e pálida, com o aspecto de moribunda; no entanto, inesperadamente ela volta às suas atividades rotineiras. Em um exemplo relatado pelo pediatra inglês, uma menina ficou durante três anos vivendo fora do seu corpo:

Ela nunca tivera um bom contato com a realidade. Tinha um cérebro bom, mas não o utilizava. Sua cabeça pendeu e, eventualmente, ela foi embora. Era a criatura mais flácida que se pode imaginar, exceto nos lugares onde ela vivia – nas suas pálpebras e no maxilar (Winnicott, 1948a, p.49).

Uma das postulações winnicottianas que concernem ao afrouxamento ou mesmo à perda do vínculo entre soma e psique refere-se às frustrações instintivas cujas conseqüências redundam em sentimentos de futilidade ou falta de esperança. Essas vivências causam um desconforto psicossomático, pois, à medida que a capacidade de esperar só é gradativamente alcançada, existe a necessidade de que

o clímax instintivo ocorra junto à sua satisfação na “experiência de fato”. Caso esse processo não ocorra, surgirá um desconforto generalizado da psique e do soma (Winnicott, 1958b) e (Winnicott, 1990).

Segundo Winnicott, a existência da ideia de um fantasma (ectoplasma)⁴ alerta-nos para a precariedade da relação psique-soma, bem como os famosos companheiros imaginários existentes na infância. Quanto a este último fenômeno, não se trataria apenas de simples atividade fantasística; ele diria respeito por vezes à existência de outro self de um tipo extremamente primitivo. O uso de amigos imaginários estaria ligado às ansiedades vivenciadas pela criança no que tange aos processos digestivos e suas particularidades (incorporação, retenção, expulsão), dada a premência do psique-soma nessa parte do corpo: “[...] o desenvolvimento do mundo pessoal interno, que, conseqüentemente, tende a ser localizado na barriga. Originando-se deste padrão simples, a experiência do psique-soma se alastra até abarcar o todo do funcionamento corporal” (Winnicott, 1958b, p.12) e (Winnicott, 1945a).

Ao comentar sobre a despersonalização, Winnicott relata que o fenômeno de perda de contato do indivíduo com o seu funcionamento corporal acarreta na existência de outro aspecto da personalidade (Winnicott, 1970a). Esse fenômeno é provocado pela dissociação (*dissociation*) – termo normalmente usado por Winnicott para explicar a falência na integração da psique com o soma. Safra cita alguns exemplos clínicos desse processo em que regiões específicas do indivíduo são sentidas com estranhamento ou, em outras palavras, como se determinadas localidades não fizessem parte do próprio corpo. Nesses casos, verificaríamos desordens psicossomáticas, busca compulsiva do erotismo e sensações de intrusão do corpo de outra pessoa em determinadas áreas corporais de si mesmo. “Estas são maneiras por meio das quais a pessoa busca desesperadamente humanizar um corpo coisa, que a ameaça com o não-ser, com as ansiedades impensáveis” (Safra, 2005, p.78).

Outra característica verificada na clínica de perturbações da coesão psicossomática diz respeito às reconstruções estéticas compulsivas do corpo através de procedimentos cirúrgicos. Existe nessas operações uma tentativa de

⁴ Com a ideia de fantasma, ou ectoplasma, Winnicott está fazendo menção à acepção largamente utilizada no senso comum – a de uma substância etérea que possui a capacidade de ser apreendida por algum dos cinco sentidos humanos.

restituição da separação psique-soma cuja ênfase incide sobre os cuidados oferecidos ao corpo, porém sempre de forma ilusória e frustrante (Anfusso, 2000).

O *self* se reconhece no corpo, contudo, pode dissociar-se deste devido a uma série de circunstâncias. Temos, da mesma maneira, casos de maior gravidade, como a esquizofrenia. Winnicott afirma que uma de suas características é uma conexão enfraquecida entre o corpo (com suas funções) e a psique, pois nesse tipo clínico a psique pode se ausentar do soma por um período considerável, ou até mesmo estar projetada (Winnicott, 1967a).

Winnicott considera que, além do fenômeno da despersonalização, os distúrbios do psique-soma derivam de perturbações do funcionamento corporal imbricados a certos estados da psique. Percebemos, portanto, nos fenômenos psicossomáticos, os diversos tipos de associação existentes entre a psique e o soma, desde o enfraquecimento da relação até o rompimento dessas duas dimensões constituintes do indivíduo. O autor chega a relatar a existência de ansiedades psicóticas subjacentes a transtornos psicossomáticos, mesmo que fenomenologicamente sejam destacados elementos neuróticos ou hipocondríacos (Winnicott, 1990).

A enfermidade psicossomática comporta uma cisão na personalidade, debilitando a interação saudável entre a psique e o soma. Essa dicotomia, como Winnicott a imagina, é uma defesa contra o aspecto persecutório do mundo repudiado (não eu) à época do estágio integrador do “EU SOU”⁵. Nesse momento, por razões tanto internas quanto externas, o indivíduo consegue ou não lidar com a perseguição do meio hostilizado em jogo (Winnicott, 1964a).

Contudo, estamos tão acostumados a uma visão negativa sobre os transtornos psicossomáticos que, neste momento, cabe uma breve digressão em relação aos mesmos. As desordens psicossomáticas podem representar um elemento de esperança e proteção do indivíduo na tentativa de manter a vinculação e a unidade do psique-soma no funcionamento do corpo humano. Em contraposição a uma intumescência do intelecto, que contribui para a dicotomia psique e soma, as experiências sensoriais ligadas à pele e o erotismo muscular auxiliam a coexistência psicossomática. Assim, “o elemento físico da doença empurra a doença psicológica de volta para o corpo” (Winnicott, 1990, p. 185).

⁵ Nesse estágio acontece a obtenção da unidade num eu integrado.

Essa circunstância concorre contra o desvio da psique para dentro da mente, dado o fato de que a parceria psicossomática é estabelecida pela fantasia e não pelo trabalho intelectual.

No conjunto dessas funções e produções ligadas à personalização, constitui-se como um sinal de saúde o fato de a criança usufruir de relacionamentos de alta confiabilidade e nessas relações poder, por vezes, desintegrar-se e despersonalizar-se. A capacidade de repousar e de momentaneamente anular as operações integrativas são essenciais ao processo desenvolvimental. Todos os elementos repousantes facilitam e contribuem como alicerce para as tendências inatas individuais de integração e personalização. Em decorrência disso, clinicamente vemos o aparecimento de um retorno à dependência absoluta, especialmente no atendimento a crianças e em períodos da adolescência (particularmente na pré-puberdade).

Por fim, foi nessa perspectiva de constituição do indivíduo humano que Winnicott enfatizou a relevância e permanência durante toda a vida de um bom aspecto ambiental. Trata-se, então, de um movimento e de uma atenção contínua aos processos de amadurecimento aos quais os profissionais que atuam com seres humanos não podem se furtar. Nas palavras de Winnicott...

Isso é para ilustrar que não estamos lidando com estas coisas somente no início, mas estamos dizendo que quando você chama uma criança, duas crianças, na sua sala de aula, uma esta lá, mas a outra você precisa tomar como o bebê que está espalhado e que você precisa ajuntar, para que ele esteja lá, e para que esteja lá no momento certo (Winnicott, 1948a, p. 48).

2.3 As Relações Objetais

A explicitação por Winnicott de uma nova etapa do desenvolvimento emocional primitivo é extremamente rica e densa, cujo corolário verifica-se em sua pertinência clínica. O percurso apontado pelo autor para chegarmos ao fenômeno da realização é inseparável das tarefas integratórias e personalizantes, ou seja, o desenvolvimento da capacidade de se relacionar com os objetos é uma conquista cujo processo demanda tempo e uma série de encontros, bem como desencontros, com o ambiente facilitador.

Na visão winnicottiana, o estabelecimento de um contato pelo indivíduo com a realidade externa é indissociado de momentos ilusórios com os quais o bebê pensa ter criado o mundo. Para tanto, é indispensável uma ambiência que sustente os movimentos e impulsos do lactente de maneira que a externalidade lhe seja apresentada de forma simplificada e ao mesmo tempo com um repertório de sons, cores, odores e expressões táteis.

Em Winnicott, os modos de funcionamento ou os mecanismos que o bebê usa para lidar com a realidade externa não são dados *a priori*, eles devem ser amadurecidos ao longo da trajetória pessoal de *continuar sendo* do lactente. Essa experiência vivenciada pela criança dará acesso ao infante a diversos “sentidos de realidade”, como tentaremos explicitar abaixo, ao nos referirmos aos conceitos de objeto subjetivo, objetos transicionais e objetos objetivamente percebidos. A possibilidade de transitar entre esses múltiplos modos de presença do objeto se configurará para o indivíduo na captação de distintas dimensões espaço-temporais (Loparic, 1995).

Dessa perspectiva, Winnicott faz uma aproximação da criatividade com a realidade externa, pois a permanência de uma boa provisão ambiental ao longo da constituição do indivíduo será o princípio fundamental da experiência de criação do objeto e, futuramente, do sentimento de que a vida vale a pena. Portanto, a conjugação de uma vida imaginativa como a percepção de objetividade do mundo permitirá ao sujeito a manutenção de uma vida criativa, na medida em que somente criamos o que descobrimos.

Uma das indicações feitas por Winnicott é a vantagem obtida por qualquer indivíduo em ser capaz de efetuar a discriminação da realidade com o mundo subjetivo, visto que dessa maneira podemos usar nossa imaginação para enriquecer o mundo real e, paralelamente, usar a realidade para estimular nossa capacidade imaginativa. De todo modo, o acesso pelo infante a um senso de externalidade permite à criança a expansão de suas potencialidades, o enriquecimento de suas experiências pessoais e, sobretudo, o sentimento de sentir-se real frente a um mundo de infinitas possibilidades. É neste quadro de multiplicidades ofertado pela dinâmica realizatória que Winnicott afirma a criação de “[...] um mundo de realidade compartilhada que o sujeito pode usar e que pode retroalimentar a substância diferente-de-mim dentro do sujeito” (Winnicott, 1969b, p.131) e (Winnicott, 1949d).

A tensão instintiva é um elemento imprescindível na relação do bebê com o meio circundante, pois inicialmente o lactente não possui a capacidade de assimilar seus resultados ao próprio *self*. Esse anseio não se verifica quando o bebê repousa sobre um estado não excitado no qual inexistente a necessidade de integração. A vivência física e emocional de um estado tranquilo é modulada pelo ambiente, que, por sua vez, revela, no ponto de vista do bebê, a indiscernibilidade entre ele e o mundo que o cerca. Incide justamente nesse momento a questão do processo de realização – o estabelecimento de uma relação com a realidade externa.

Percorrendo as condições estabelecidas na fase inicial da vida, Winnicott enaltece a relevância do manejo para com o recém-nascido. Assim entendida, a primazia do relacionamento mãe-bebê adquire conotação especial quando o assunto é a alimentação. Trata-se, então, do estabelecimento do que o psicanalista inglês denominará de “primeira mamada teórica” que, na vida real, é constituída por um somatório de várias mamadas (Winnicott, 1990).

Dada a extrema imaturidade do bebê podemos dizer, segundo Winnicott, que a primeira mamada “não pode ser significativa como experiência emocional” (1990; p.120). De acordo com a visão do analista inglês, o que se estabelece é o início de uma experiência mnemônica, posto o fato de não ter havido um registro mnêmico anterior para a vivência alucinatória de um objeto. Ainda nessa perspectiva, as memórias serão construídas através das várias sensações corpóreas originadas pela experiência da amamentação.

No corpo pulsante do lactente, nesse campo de intensidades, desenvolve-se uma expectativa para encontrar algo em determinado lugar, ambos marcados por uma indefinição. Assim, um dos efeitos do aumento da tensão instintiva é a emergência no corpo do bebê de um movimento que, através da mão ou da boca, busca lançar-se a um suposto objeto, tentativa que ganha um colorido especial aos olhos de uma mãe suficientemente boa.

Desse modo, a promoção de um intercâmbio saudável com o ambiente e a criação de um campo que permita uma benéfica experiência pelo bebê dos relacionamentos excitados dependerá de uma boa configuração da comunicação mãe-bebê nos momentos de aleitamento materno. Não existe, entretanto, uma facilitação para a mãe nesse momento de uma tarefa tão importante. Pelo

contrário, nesta primeira mamada ela tem que estar bem-adaptada, visto que nem um seio muito cheio ou muito vazio são convenientes (Winnicott, 1990).

As condições nas quais o bebê se encontra (estado de necessidade) convergem com a identificação devotada da mãe criando um campo de experimentação o qual Winnicott denomina como área de ilusão. A mãe oferece o seio no momento em que o bebê está pronto para criá-lo; nas palavras do autor inglês isso acontece no lugar mais ou menos certo e na hora certa – eis o princípio e a base da criatividade humana.

Nesse percurso de excitação, o bebê, independentemente da ação de mamar, está preparado para encontrar o mamilo e criá-lo. A mãe faz com que o mundo se conjugue com a vida imaginativa do lactente na medida em que respeita temporalmente o apetecimento do bebê de sugar o leite, bem como possíveis períodos mastigatórios. Esta arte (tal como Winnicott a denomina) de propiciar a ilusão da criação de algo já existente na realidade é mais um dos paradoxos essenciais à existência humana.

Toda a construção dessa fina sintonia mãe-bebê leva Winnicott a tecer algumas considerações sobre a vida psíquica do lactente. A adaptabilidade materna ao permitir ao bebê a ilusão de criar o objeto reforça nele o fenômeno da onipotência. Cabe ressaltar que o mecanismo onipotente nessa fase da vida é imprescindível, pois sem ele capacidade criativa do indivíduo estaria seriamente comprometida.

O indivíduo que não começa a vida com a experiência de ser onipotente não tem chance de ser uma peça na engrenagem, mas precisa exacerbar a onipotência, a criatividade e o controle; algo assim como tentar vender ações indesejáveis de uma companhia inexistente (Winnicott, 1970b, p. 35).

O fundamental nesse processo é que a necessidade porta um potencial criativo o qual, por sua vez, capacita ao bebê o fenômeno de alucinar. Somente através da alucinação o lactente chegará a sentir que o mundo é real, pois, para a criança, a existência de um objeto externo é intrínseca à experiência alucinatória⁶. Nesse sentido, o estofo da produção alucinatória é justamente modulado pela dimensão da onipotência que leva o indivíduo a criar e a recriar o mundo e,

⁶ “Se se quer que um objeto externo pareça real, então o relacionamento com ele tem de ser o relacionamento que se tem com uma alucinação” (Winnicott, 1959a, p.45).

gradativamente, ir ganhando consistência no apoio mnemônico (Winnicott, 1990) e (Winnicott, 1963a).

Nesse momento, cabe reafirmar, que a tônica que rege a vida do bebê é propiciada pela mãe, a qual lhe apresenta o “mundo em pequenas doses”. Verificamos que, de modo compassado, a mãe sustenta as manifestações onipotentes do lactente à medida que partilha da necessidade de vida dessa força criativa mágica. Viabiliza-se, assim, a emergência do verdadeiro *self* na criança, pois esta começa a crer na existência de uma realidade externa que desponta e conduz-se por magia.

Os efeitos destas transformações e apropriações da realidade pelo bebê criam um quadro no qual existirá uma coincidência da espontaneidade do indivíduo com os eventos do mundo. A partir desse caminho, o lactente acredita-se onipotentemente controlando e criando, o que o leva paulatinamente ao reconhecimento deste elemento ilusório, encaminhando-o na direção do brincar e na fertilização de sua imaginação.

Envolto em toda esta dinâmica ilusória, o lactente adquire a confiança no encontro com o objeto de seu desejo e, gradualmente, começa a tolerar a sua ausência. De maneira processual e em crescente complexidade, temos para o bebê o início da concepção de uma realidade externa, “um lugar de onde os objetos aparecem e no qual eles desaparecem” (Winnicott, 1990, p. 126). A partir desse campo de ilusão, deve-se alertar que a constituição do processo desilusório não se refere somente ao desmame, mas abarca um amplo espectro de tarefas as quais continuam ao longo da vida. O psicanalista inglês chama a atenção, por exemplo, para o papel dos educadores na contribuição que podem oferecer à exigência desse fenômeno humano. Por conseguinte, por intermédio de uma ilusão-desilusão bem efetuada pela mãe, o bebê poderá lidar com a experiência do desmame.

No que se refere à dimensão global da desilusão, o que existe quando o processo ocorre naturalmente, ou seja, sem maiores dificuldades para o infante, são falhas maternas as quais promovem uma desadaptação gradativa no que tange às necessidades do lactente. Considerando essa etapa do amadurecimento da criança, Winnicott assinala que, por esta época, a mãe está começando a retomar sua vida pessoal e seus interesses idiossincráticos, o que a leva a se tornar relativamente independente dos anseios de seu filho.

É justamente em função dessa importância materna que Winnicott sublinha duas atitudes pelas quais a mãe contribui satisfatoriamente para o movimento da desilusão. A primeira é evitar coincidências que acarretam em desorientações. O autor cita, como exemplo, a mãe entregar seu filho aos cuidados de alguém enquanto ele é desmamado, ministrar comida sólida durante um crise de sarampo, dentre outras (Winnicott, 1949d, p. 80).

A segunda atitude fundamental é a aptidão necessária da mãe para discriminar entre fato e fantasia. Para ilustrar essa capacidade, o psicanalista inglês usa o exemplo de um menino o qual rejeita um pudim preparado por sua mãe por achar que está envenenado. A mãe aguarda e contorna o problema para que, depois de um tempo, seu filho coma a sobremesa feita especialmente para ele. Nesse caso, a questão fundamental foi que em nenhum momento a genitora teve dúvidas sobre si mesma, situação esta que colocaria em conflito o próprio filho. Os efeitos dessa condução materna ajudam o infante a ir, paulatinamente, compreendendo o que é fruto de sua imaginação e o que diz respeito à realidade objetivamente percebida (Winnicott, 1949d).

O momento da desilusão pressupõe que a figura materna possa sempre, de forma gradativa, perceber a progressiva aptidão do bebê para lidar com esse jogo de ausência e presença no qual a capacidade da criança de tolerar a frustração irá se amplificando. Nesse campo de acontecimentos, algumas modalidades de experiências ajudam o bebê a estabelecer o início do contato com a realidade objetivamente percebida e suportar os fracassos maternos. Seria o caso da vivência contínua e repetitiva pelo lactente de um limite temporal para a frustração. Obviamente (dada a matriz do pensamento winnicottiano) essa capacidade de suportar insere-se na concepção de um processo crescente e, portanto, a tolerância inicial do bebê a uma privação é limitada.

Ao mesmo tempo, verificamos os rudimentos da atividade intelectual auxiliando na desadaptação atenta da mãe, como já descrevemos ao falar sobre a dinâmica “personalizadora”. Cabe-nos apenas lembrar que a função mental possibilita ao bebê esperar pelo retorno dos cuidados, sem ficar à mercê das excitações que advêm da ausência materna. Inclui-se também na maneira de o infante lidar com a dimensão desilusória o “emprego de satisfações auto-eróticas”, bem como “Recordar, reviver, fantasiar, sonhar; integração de passado, presente e futuro” (Winnicott, 1953a, p. 25). Nesse sentido, vemos o papel imprescindível da

elaboração imaginativa das funções somáticas contribuindo para o contato com a realidade externa ao elaborar a distância do corpo da mãe com o próprio corpo, sua contribuição para a constituição de uma temporalidade, bem como a assimilação do impulso destrutivo o qual o lactente dirige à figura materna – como tentaremos mostrar adiante.

É preciso acrescentar que, neste estágio da dependência relativa, o lactente começa, à sua própria maneira, a se conscientizar da dependência. Essa consciência não concerne a uma espécie de autorreflexividade, ela diz respeito, sobretudo, ao início da capacidade de o infante começar a discriminar aspectos não eu que o circundam. A abertura para essa nova dimensão da vida humana é oriunda das múltiplas tonalidades de afetos que perpassam a vivência da dupla mãe-criança, bem como do extenso campo que engloba o encontro dessa díade (Winnicott, 1963b).

Por intermédio desta vivência de ilusão e desilusão, o indivíduo precisará sustentar duas experiências inseridas em uma dimensão paradoxal: a aceitação do princípio de realidade e a manutenção em certo grau de uma experiência de onipotência do pensamento (Abadi; 2002). O postulado criado por Winnicott a fim de interagir nesse paradoxo⁷ remete-nos ao papel exercido pela transicionalidade, e a esses fenômenos e processos transicionais dedicaremos nossa atenção a partir deste momento.

A formulação dos fenômenos transicionais, elaborada por Winnicott, é um passo fundamental para compreendermos as primitivas experiências do bebê em direção ao uso do que o autor denomina como a “primeira possessão não-eu” (Winnicott, 1953a). Talvez, os verbos que melhor definam essa modalidade da experiência sejam “variar” e “experimentar”.

Variação que começa, de acordo com Winnicott, em uma sequência de eventos, desde a colocação do punho na boca pelo bebê, até a sua ligação com o objeto transicional. Experimentação que concerne a toda troca que afeta a sensorialidade do bebê como a imprescindível materialidade da primeira possessão não eu. O sentido, portanto, dado pelo psicanalista inglês a esse plano de intensidades liga-se à fruição, a uma potencialidade de acontecimentos que

⁷ Pois, como nos cita o próprio autor, trata-se de uma questão de sustentar o paradoxo e de não eliminá-lo.

permitirão de uma maneira não traumática (sem rupturas) a passagem da dependência absoluta para a dependência relativa.

Os fenômenos transicionais representam para Winnicott “os primeiros estádios do uso da ilusão”, pois nesse momento primitivo não é forçado ao lactente o reconhecimento da pressão inerente à percepção objetiva, pelo menos no que tange a um ambiente suficientemente bom. O autor inglês, tendo em vista a sua longa experiência como pediatra, nos ilustra diversas possibilidades de apreensão desses fenômenos transicionais, como o uso do punho, dos dedos e dos polegares na zona erógena oral; o balbucio do bebê, movimentos da boca acompanhados de alguns sons; ruídos anais, entre outros. Vale ainda ressaltar a continuidade desse lugar de repouso dos fenômenos transicionais ao longo da vida, pois, se com os bebês temos as primeiras notas musicais, verificamos na criança o uso de melodias e composições musicais no período que antecede ao ato de dormir (Winnicott, 1953a).

Winnicott diz que introduziu os conceitos de fenômenos e objetos transicionais para se referir à área intermediária de experiência – área entre a criatividade primária e a projeção do que já foi introjetado. Dessa forma, podemos pensar nos fenômenos transicionais como prenúncio do objeto transicional, ou, nas palavras de Gurfinkel, “um objeto potencial, ou o informe do objeto: a consistência que tem o material antes de ser moldado, cortado, modelado ou preenchido (como é o caso da tela em branco)” (Gurfinkel, 2001, p.16). Ao mesmo tempo cabe destacar que uma futura ausência de um objeto o qual exerça o papel da transicionalidade não é em si mesma patológica. A questão fundamental é a presença de deslocamentos, de fenômenos que permitam a existência de fluxos em direção ao mundo objetivamente percebido, dada a continuidade no tempo de um ambiente provedor (Winnicott, 1953a).

Desse ponto de vista, tomemos a consideração do psicanalista inglês de que, por vezes, a mãe pode ser usada ela própria como um objeto transicional, fato que pode persistir e gerar inúmeros problemas. Notamos que a problemática está na paralisação dos encontros, na instauração da fixação em detrimento do trânsito que atualiza a potência do infante rumo às experimentações em todo o campo cultural. Outro exemplo dado por Winnicott é descrito em um quadro comparativo de usos variados de objetos transicionais, onde o autor cita uma menina que, mesmo não possuindo um destes objetos, utiliza-se do seu polegar na função de

transicionalidade e consegue que seu desenvolvimento maturacional ocorra de forma satisfatória (Winnicott, 1959a) e (Winnicott, 1953a).

Por intermédio dos fenômenos transicionais, Winnicott apresenta sua perspectiva para a tarefa densa e contínua de desilusão vivenciada pelo bebê. Essa experiência de transição descrita acima permite a expressão de uma saída criativa para os processos onipotentes do lactente e são, portanto, uma alternativa singular por parte do indivíduo no que tange ao seu contato com a realidade.

Com o objetivo de melhor compreender o que viemos explicitando sobre os fenômenos transicionais, adentremos agora mais detalhadamente na concepção do objeto transicional. Mas, para tanto, destacamos uma ressalva feita pelo próprio Winnicott: “aquilo a que me refiro nesta parte de meu trabalho não é o pano nem o ursinho que o bebê usa; não tanto o objeto usado quanto o uso do objeto.” (Winnicott; 1971b, p.10). Nessa citação vemos que o aspecto a ser realçado não é o emprego pela criança de novos objetos em sua vida, mas a valorização de múltiplas formas de relacionamento e de existência possíveis, as quais dizem respeito ao potencial humano. Por hora, e, seguindo a direção apontada pelo autor, acentuamos os modos de experimentação vivenciados pela criança em determinada ambiência e o enriquecimento trazido por esta ampliação de sentidos na vida emocional do indivíduo.

O objeto transicional concerne à primeira possessão “não eu” da criança e, justamente, ao apresentar essa característica, serve como ponte entre o bebê e a mãe, entre o eu e o não eu. Por estar presente no entorno do bebê, ele adquire uma disponibilidade que leva à sua marcação pelo infante como alvo de um investimento privilegiado.

Modalidades especiais de relação atravessam o manejo do bebê com o objeto transicional, compondo tonalidades fundamentais de afeto e experimentação que futuramente se ampliarão para a área da cultura. Vejamos, pois, algumas características e qualidades desse intercâmbio objeto transicional-bebê. O objeto, cuja externalidade se reafirma pela própria qualidade material intrínseca, exige do bebê uma diminuição de sua onipotência. Ao possuir uma realidade própria ele permite limitar o controle onipotente do lactente para que este gradativamente passe da pura alucinação à manipulação do objeto, o que envolve erotismo muscular e prazer de coordenação.

Ainda cabe afirmar que o objeto é tanto alvo de carícias e outros movimentos de amor, quanto de ódio e agressividade por parte da criança. Ele não deve ser mudado pelos pais, e isso inclui, por exemplo, lavar o ursinho, trocar a fronha do travesseiro, entre outras atitudes que provoquem rupturas na continuidade da experiência do bebê. Devemos mencionar, também, que o objeto carrega consigo especificidades as quais dinamizam seu caráter externo e acentuam uma espécie de vitalidade singular. Sua externalidade está representada nas propriedades que compõem sua textura (dureza, maciez, aspereza, entre outras), na troca de calor com o corpo do bebê e na restrição imposta à manipulação do lactente (esticar, perfurar, amassar, etc.).

Cabe destacar a diferença que Winnicott faz entre o uso distorcido e o uso típico do objeto transicional. Na descrição clínica de dois irmãos, o autor pormenoriza a relação qualitativa de cada indivíduo com determinado objeto especial ao longo do amadurecimento emocional. O primeiro caso relatado é o de X, um homem sadio, que devido à forte ligação com sua mãe e dificuldades no período do desmame acabou “adotando” um coelho o qual tinha a função de ser uma espécie de “confortador”, nunca exercendo, contudo, o papel de objeto transicional. O segundo exemplo é de Y (irmão de X) que foi desmamado sem dificuldades e pôde utilizar-se de uma camisa com um laço vermelho na função de objeto transicional. Winnicott o adjectiva de “acalmador” em contraposição ao papel de “confortar” que verificamos no uso distorcido do objeto. A diferença a ser observada é a importância desempenhada pelo objeto acalmador na redução da ansiedade vivida no processo do desmame, pois, nas palavras do pediatra inglês (referindo-se ao exemplo de Y), ele “Constituía um sedativo que sempre funcionava” (Winnicott, 1951a, p.397).

Uma das condições fundamentais da infância no que tange ao acesso à capacidade simbólica está “em tornar real a alucinação”. O alicerce desta aptidão de vivenciar a ilusão, como já explicamos, centra-se em um relacionamento materno provedor das necessidades do lactente. Da mesma maneira, quando o desenvolvimento emocional ocorre naturalmente – sem provocar reações excessivas por parte da criança – verificamos o uso do objeto transicional como o primeiro símbolo. Uma vez que o bebê acolha um objeto o qual exerça a função de transicionalidade, temos a abertura da dimensão processual de aceitação da similaridade e da diferença. Este emprego arcaico da atividade simbólica

representa, no desenvolvimento do bebê, a passagem do campo subjetivo para a percepção objetiva, sendo o símbolo aqui tanto a alucinação quanto um aspecto da realidade objetivamente percebida (Winnicott, 1959a).

A matriz do objeto transicional está na sua tessitura com a realidade. Ou seja, apesar do ursinho e do travesseiro ou qualquer outro elemento ser o símbolo de um objeto parcial (como o seio), a relevância do mesmo está na concretude, na textura que comporta toda a carga de sua externalidade. O fato de ele representar o seio (a mãe) é tão relevante quanto o fato de ele não ser o seio (ou a mãe) (Winnicott, 1951a).

Por razões ligadas a ameaças de privação, o indivíduo poderá, mesmo em uma idade mais avançada, requerer um objeto específico ou instalar um padrão de comportamento infantil remetente à época da tenra infância. Quando isso ocorre, verificamos alguns fenômenos: o uso pelo indivíduo do objeto original acalmador na hora de dormir e a utilização de objetos pessoais em algum local estranho, tornando-o familiar, como nos cita Safra (2005, p.86).

Uma vez utilizado o objeto transicional, a indagação passa a ser quanto ao destino dado pela criança àquele que, outrora, era seu local privilegiado de investimento. A descatexia do objeto ocorre de maneira gradativa, de forma que este tenda a ser relegado ao limbo. No artigo “O Destino do Objeto Transicional”, Winnicott pormenoriza algumas direções tomadas por esta primeira possessão não eu, e entre elas se encontram: “suplantado, mas mantido; gasto; dado a outrem (não satisfatório); guardado pela mãe, como relíquia de um tempo precioso na vida dela (identificação); etc.” (Winnicott, 1959a; p. 47).

Se todos estes processos dos fenômenos e dos objetos transicionais são descritos por Winnicott não é por outro motivo que não fazer reluzir o que ele irá considerar como um território intermediário entre o mundo externo e a realidade psíquica do indivíduo. Denominado pelo autor de espaço potencial (ou transicional), sua originalidade está em servir como área de difusão das experiências iniciais vividas entre o bebê e a mãe, ampliando-se para o que entendemos como campo da cultura e portando o potencial criativo do indivíduo.

Para tentarmos descrever o que Winnicott entende por espaço transicional, vale lembrar uma imagem trazida pelo próprio autor em uma palestra proferida em Glasgow, no ano de 1959. A referência citada pelo psicanalista é a de um concerto no qual se ouve um quarteto de cordas de Beethoven. Nesse único evento

diversos mundos se configuram, ou seja, esse acontecimento, além de possuir uma realidade objetiva (ser um fato externo), é entremeado pela realidade psíquica do indivíduo. Esta última dimensão abarca toda a experiência de vida do sujeito, seu gosto ou não por Beethoven, seu conhecimento ou não de arranjos musicais, a apreciação melódica de determinada música, entre outras vivências. Todo este complexo fenômeno da experiência, ao mesmo tempo vivenciado e criado, formará o que Winnicott denomina como espaço potencial. A definição dada pelo psicanalista inglês é norteadora.

[...] se existe necessidade desse enunciado duplo, há também a de um triplo: a terceira parte da vida de um ser humano, parte que não podemos ignorar, constitui uma área intermediária de experimentação, para a 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, 1953a, p.15).

Nesse ponto, a noção de repouso tem extrema relevância. A capacidade de descanso em relação às demandas da vida cotidiana, o alívio no processamento do “teste de realidade” e a ausência de contestação de credulidade do indivíduo no que tange à objetivação de seus fenômenos subjetivos são características fundamentais da transicionalidade.

A propósito, a adaptação ao princípio de realidade remete-nos novamente à experiência de onipotência que, por sua vez, inicialmente, encontra-se concernida à área do relacionamento com objetos subjetivos. Ao fornecer suas concepções sobre a relação de objeto, Winnicott defenderá que, primeiramente, a natureza do objeto é de qualidade subjetiva. O objeto subjetivo, portanto, se situa em uma dimensão na qual prevalece a indiscernibilidade entre sujeito e objeto, e cujo aspecto representacional encontra-se ausente. Assim, quando o pediatra inglês versa sobre a diferença entre “relação de objeto” e o “uso do objeto”, ele coloca a primeira experiência restrita aos fenômenos subjetivos, nos quais o objeto é suporte para as projeções do indivíduo e não faz parte da realidade compartilhada (Winnicott, 1969b).

A passagem do “objeto subjetivo” para o “objeto percebido objetivamente”⁸ é originada, sobretudo, no percurso das frustrações, mais do que nas gratificações. Segundo Winnicott, a gratificação instintiva leva o lactente a uma experiência pessoal, porém não afeta muito a posição do objeto. Desse modo, a modificação do relacionamento para o uso do objeto gira em torno do ataque do infante e a posterior sobrevivência do objeto – sem retaliação (Winnicott, 1963a).

Movido pelo seu impulso destrutivo, o bebê coloca em jogo a sua agressividade primária. Nesse momento, sua crueldade⁹ é experimentada em um contexto de pré-remorso e suas raízes fazem parte da motilidade inerente à vida humana. Em um desenvolvimento saudável há uma fusão do potencial erótico com o potencial motor; contudo, enquanto que a experiência erótica encontra sua satisfação pulsional até então na esfera do subjetivamente concebido, o potencial agressivo (ou de motilidade) precisa encontrar oposição para ser experienciado.

Mais precisamente, Winnicott realça o valor dos componentes agressivos em sua necessidade de um não eu ou de uma oposição real por parte do meio circundante. A desadaptação ambiental é proveitosa quando existe a experiência de odiar o objeto e, conseqüentemente, temos a origem para o infante da concepção de que aquilo que é potencialmente satisfatório é o que falha em prover as gratificações. A capacidade do lactente de odiar o objeto permite paulatinamente o reconhecimento de um não eu, isto é, a existência de um mundo outrora “desconhecido”. Nesses termos, o autor inglês descreve a gênese do relacionamento com a realidade externa:

A mãe, por ser madura e fisicamente capaz, tem que ter tolerância e compreensão, de forma que é ela quem produz uma situação que, com sorte, pode resultar no primeiro laço feito pelo bebê com um objeto externo, um objeto que é externo ao self do ponto de vista do bebê (Winnicott, 1945a, p.279).

⁸ Destacamos a observação de Rodolfo: “Esta terminologia, que soa um pouco confusa em uma primeira leitura, de objeto subjetivo ou objeto objetivo pode, por exemplo, deslizar para a noção tradicional de objetividade no sentido de “conforme a razão”, purificada de subjetividade, o que não é em todo o significado que tem para Winnicot” (Rodolfo, 2009, p.42, tradução nossa). Para reafirmarmos a posição do autor argentino, salientamos o seguinte comentário de Winnicott: “Objetividade é um termo relativo, porque aquilo que é objetivamente percebido é, por definição, até certo ponto, subjetivamente concebido” (Winnicott, 1966b; p.96).

⁹ Bogolometz (1990), em sua nota introdutória à tradução do livro a *Natureza Humana*, nos explica que a *Ruthlessness* se ajusta melhor “[à] idéia de cruza, [àquilo] que existe em estado bruto” (p.11). Portanto, não existe o sentido de uma atitude ou intenção em executar o mal.

Fica posto em destaque o fato de o objeto sobreviver às fantasias e impulsos destrutivos¹⁰ do infante (de modo não retaliativo), assumindo, doravante, um caráter de exterioridade cuja propriedade e caráter vital são realçados. Nessa perspectiva, o processo o qual conduz a um posicionamento do objeto separado do *self* (possuindo autonomia própria e sendo parte da realidade compartilhada) é o mesmo que o retira do controle onipotente pelo sujeito.

Contudo, é indispensável que a adaptação materna esteja em sintonia com a possibilidade de o bebê preservar sua ilusão de onipotência por determinado tempo. Temporalidade singular e que não “toma o lactente de surpresa”, apresentando um princípio de realidade para o qual o infante não está preparado. Retomando o já mencionado, Dias (2003) ratifica que o início da relação objetal diz respeito aos períodos de excitação do lactente, tendo a apresentação de objetos pela figura materna um papel fundamental nesse processo.

É fundamental que a capacidade de exposição objetal por parte do ambiente ocorra de forma a não ferir o impulso criativo da criança; pois o êxito desse processo depende, fundamentalmente, da sensibilidade da mãe em apresentar o seio no momento exato em que o lactente estava preparado para criá-lo. O caminho por esses momentos de controle mágico, no qual o bebê cria e recria o objeto, é que dará acesso ao indivíduo à experiência de sentir-se real, bem como à capacidade de relacionar-se com objetos que fazem parte da realidade compartilhada.

Em virtude das constatações feitas por Winnicott, verificamos uma gama de interações primárias entre o infante e o meio que permitirão a atualização da tendência maturativa do indivíduo para o estabelecimento do processo denominado pelo autor de *realização*. Esse repertório de adequados cuidados ambientais, como citamos, abarca: as experiências de repouso e atividade, nas quais cada uma se retroalimenta da outra; as vivências de ameaça de aniquilação e a provisão de um sentimento de confiança na recuperação destas angústias; a permissão pelo meio de que o movimento espontâneo do bebê ocupe um lugar relevante em sua experiência pessoal; a sustentação pelo entorno do impulso destrutivo o qual cria a externalidade com a passagem do relacionamento de

¹⁰ Winnicott relata que o uso da palavra “destruição” é necessário devido à suscetibilidade do objeto a não sobreviver — o que implica na mudança de qualidade e de atitude deste. Descarta-se, assim, uma interpretação que se refira a um suposto impulso do bebê à destruição (Winnicott, 1969b).

objetos subjetivos¹¹ para objetos objetivamente percebidos. Ou seja, é em virtude dessas condições que teremos o início das várias modalidades de relações objetais para cada indivíduo.

A possibilidade de cada ser humano aceder a esta dimensão de transicionalidade permite (ao mesmo tempo) a vivência repousante e singular que viabiliza o movimento criativo, bem como concede a experimentação dos limites imbricados em uma relação com a realidade consensual. Portanto, encontramos reunidos nesta dimensão do espaço potencial um mundo de multiplicidades e de variadas possibilidades inventivas, cuja trajetória e percurso vão desde os fenômenos transicionais, passando pelo brincar, até sua expansão nas experiências culturais. É esclarecedor, na visão de Abadi, entendermos o espaço potencial como virtualidade ou potência, pois “A idéia de espaço virtual ou potencial implica um espaço que se vai gerando à medida que vai sendo ocupado” (Abadi, 1998, p.46).

Como nos indica a psicanalista argentina, é no domínio do encontro e, portanto, da experimentação que ocorre a constituição desta zona de transicionalidade. Em nossa concepção, a reflexão do poeta espanhol Antonio Machado – “Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao andar...” – simboliza de forma admirável as ideias intrínsecas de movimento e deslocamento postuladas por Winnicott para esta área da experiência humana. Esse espaço de potência possui uma dupla face, pois carrega consigo a propriedade de ser preenchido com material lúdico em um campo cuja característica prevalente é sua marca intervalar do indivíduo com o mundo. Como nos explica Luz, é “[...] um vazio necessário, imediatamente povoado, não por representações substitutivas, mas pelo gesto, erótico e agressivo, que se exerce sobre a materialidade do mundo” (Luz, 1998, p.165).

Essa modalidade da experiência porta consigo uma espacialidade e temporalidade próprias, mantendo sempre a dinâmica paradoxal de conjugação ou copertinência entre as dimensões do dentro e fora, interior e exterior. Nesta área em que é assegurada a riqueza da vida imaginativa temos a experiência flexível do

¹¹ Cabe uma ressalva em relação ao objeto subjetivo, pois, como enfatiza Rodulfo, “O que Winnicott chama ‘objeto subjetivo’ nunca cessa de existir. Pelo contrário, a dimensão do outro como objeto subjetivo vai se enriquecendo com o desenvolvimento” (Rodulfo, 2009, p.43; tradução nossa).

brincar. Nos termos de Winnicott, a temática do brincar ganha um território diferente da psicanálise tradicional, estando circunscrita à postulação do espaço potencial. Essa situação leva o autor a usar o termo *playground* para referir-se a este campo de superposição da área entre a mãe e o bebê, em que se realça o interjogo da experiência mágica onipotente com o espaço concreto da realidade externa.

Os fenômenos ligados ao brincar, portanto, são conjugados com este espaço da transicionalidade onde a criança que brinca habitará uma área que não admite intrusões e tampouco pode ser facilmente renunciada, manifestando assim sua criatividade. Quando a criança atinge a capacidade de estar só acompanhada, abre-se caminho para que ela possa interagir em um brincar compartilhado (Winnicott, 1968c). Nesse ponto, cabe realçar a diferença da importância dada por Winnicott ao jogo livre (*playing*), em detrimento do jogo regado (*game*) no que tange às suas elaborações sobre o brincar.

As condições de uma abertura comunicativa com o mundo ofertado por uma mãe devotada são de um valor inestimável. Essa inferência, de um ambiente inicial provedor, permite ao bebê que todo objeto descoberto seja, ao mesmo tempo, uma criação sua. Por sua vez, esse tipo de experiência permite a manipulação com objetos reais e, portanto, tem-se a apresentação de elementos culturais por parte da figura materna, onde toda esta configuração é perpassada pela atualização do movimento criativo do indivíduo. Tudo isso constitui a matéria-prima e o pano de fundo do brincar e da experiência cultural. De acordo com Winnicott, “O fracasso da fidedignidade ou perda do objeto significa, para a criança, perda da área da brincadeira e perda de um símbolo significativo” (Winnicott, 1967b, p.141).

Sendo assim, o campo cultural é, no sentido atribuído por Winnicott, um derivado do brincar, uma ampliação dos fenômenos transicionais e uma vivência da superposição do espaço potencial de cada sujeito. Por intermédio desse brincar em conjunto, os seres humanos poderão cerzir as qualidades experienciais as quais compõem o que chamamos de cultura.

Dito isso, vemos em operação as decisivas afirmações de Winnicott no que se refere aos processos ilusórios e à relevância do espaço transicional para a constituição dos agrupamentos humanos. A partir de um bom assentamento do indivíduo, em sua relação com seus objetos subjetivos, passando pela sua

articulação com os objetos objetivos, teremos a capacidade do uso de símbolos e a constituição da vida cultural, cuja experiência primordial transita entre as relações de distanciamento-aproximação, separação-união, fornecendo embrionariamente o solo do qual brotará a gestualidade criativa. Por fim, acreditamos que a qualidade desta experiência é muito bem descrita por Gurfinkel:

Passamos a perceber um mundo que nos é oferecido, e não um suposto mundo existente por si mesmo. A percepção se dá no campo humano e intersubjetivo. A crença é a própria forma humana de experimentar o mundo como uma realidade a serviço do homem, povoada de objetos criados-percebidos para serem por ele usados. O mundo no qual o homem crê a partir do processo de realização é um mundo humanizado, talhado nas suas medidas por um alfaiate singular; é um mundo ordenado espacial e temporalmente, guardando um passado e um futuro no qual ele pode depositar e reencontrar suas esperanças (Gurfinkel; 2001, p. 13).

A hipótese de Winnicott é a de que, seja qual for a situação, o mundo subjetivo, por ser “tão alarmante e mágico” (Winnicott, 1945a; p.280), só poderá ser desfrutado em concomitância com a realidade objetiva. Segundo o autor inglês, no terreno da fantasia encontram-se presentes os conteúdos onipotentes do indivíduo e, dada a dificuldade de contenção deste controle mágico, as consequências tanto para o sujeito quanto para o meio circundante poderiam ser desastrosas. Sendo assim, um papel fundamental da realidade externa é contrapor-se à fantasia onipotente, o que leva o eu a suplantá-lo, a fim de recuperar o sentimento de continuidade (Costa, 2007).

Por outro lado, é fundamental lembrar a importância do processo ilusório que permite a experiência de onipotência inicial por parte do bebê, o qual permitirá o acesso do indivíduo ao sentimento de realidade do mundo. Não obstante, é justamente nesse período de “ensonhamento”¹² que a criatividade emerge onde poderemos visualizar os fracassos do sujeito no estabelecimento de um contato com a realidade externa. Então, cabe retomar a ressalva já explicitada ao longo deste capítulo, de que as diferentes tarefas maturacionais estão sempre ligadas entre si. Portanto, as mais variadas circunstâncias que levam a uma dificuldade no relacionamento inicial da criança com o mundo atingem, da mesma forma, o desenvolvimento da integração e da personalização.

¹² “Alhures, onipotência é o nome que se dá a um sentimento ou a um delírio, mas no início teórico, o bebê vive desperto em um mundo onírico. O que se acha lá quando ele está acordado torna-se material para sonhos” (Winnicott, 1970c; p.220).

A fim de desenvolvermos de modo mais pormenorizado o fracasso da etapa de “realização”, é imprescindível observarmos as falhas ambientais que poderão reverberar no desenvolvimento psíquico do indivíduo. Nestes primeiros estágios de comunicação entre o bebê e sua mãe, as características do cuidado materno baseadas em facilitação e predição adquirem conotações fundamentais. Um aspecto interessante é examinarmos as formulações de Winnicott, em alguns dos momentos em que descreve o sucesso e a falha no que tange ao processo “realizatório”, sempre remetidas a este período emocional primitivo do infante.

Destacamos as palavras – “fragmento especializado do mundo” e “pedacinho simplificado do mundo” – a fim de realçarmos o minucioso e dedicado trabalho materno de apresentar a objetividade da realidade de forma previsível e em crescente complexidade para a criança. O psicanalista inglês chega a usar a palavra “monotonia” para realçar a importância da continuidade de uma pessoa que exerça o papel de cuidador, além da necessidade do bebê de confiar naquele que executa a função materna. Dessa forma, alimenta-se na criança o prazer de desfrutar do sentido de uma realidade externa compartilhada entre os indivíduos (Winnicott, 1949d; p.80) e (Winnicott, 1945a; p.280).

É lógico, portanto, que os problemas com a percepção objetiva do mundo terão suas raízes plantadas por um cuidado materno que não estimule a inventividade por parte do lactente. Os elementos os quais compõem esse tipo de relação problemática entre mãe e bebê são múltiplos, porém tentaremos destacar alguns. Em primeiro lugar, temos a dificuldade da mãe que, por inúmeras razões, não adentra no estado de preocupação materna primária. Nesse caso, o emprego do tempo correto para as mamadas não ocorrerá concomitantemente à temporalidade vivida pelo bebê. A demora na apresentação do seio, a duração além do tempo para as mamadas ou mesmo a ausência da oferta de material para a criação afetarão o percurso do lactente junto ao sentido de uma realidade compartilhada.

Em segundo lugar, se torna importante uma constância nos cuidados ofertados ao bebê. A maneira como o infante é manuseado e abraçado pela mãe, a posição em que é sustentado enquanto mama, a forma como lhe é exposto o seio materno e outras condições interpostas pela presença somática do cuidador levam Winnicott a acreditar que a mãe biológica seja a mais inclinada a exercer esta função (Winnicott, 1990). Mediante os descuidos dessa abordagem materna, cujas

falhas se apresentem de forma frequente e significativa, temos o prenúncio de uma dificuldade do indivíduo em estabelecer uma comunicação criativa com o mundo. Em tom de alerta, Winnicott faz a ressalva de que os bebês que encontram obstáculos no relacionamento com o mundo objetivamente percebido podem vir a desenvolver uma espécie de submissão ao meio, estando o impulso criativo comprometido.

Os problemas ligados ao manejo reforçam variados graus de cisão na vivência subjetiva do bebê. Em uma extremada cisão, o pediatra inglês relata que a criança não encontraria motivos para continuar a viver, pois existiria pouquíssimo contato acontecendo. Em outras palavras, “a criança não tem nada para imaginar com exceção daquilo que está nela, que é algo semelhante a chupar o dedo ou movimentos de embalar, algo extremamente pobre” (Winnicott, 1948c; p.52). De modo semelhante, em certos graus de cesura da vida psíquica, temos a prevalência do sentimento de futilidade, de irrealidade da própria existência, e, conseqüentemente, de uma procura por uma capacidade de sentir-se real.

Para alguns bebês, sustentados por um comportamento errante do ambiente, a saída é a passividade em relação às respostas que lhe são exigidas pelo meio. Winnicott alerta que lactentes que se veem obrigados a mamar – sem ter a chance de criar o mundo – mostram o verdadeiro *self* em ação unicamente na recusa do alimento. Seguindo essa linha de raciocínio, podemos pensar no mecanismo de quase inanição apresentado na anorexia como forma de manifestar algo do *self* verdadeiro em contraponto a uma espécie de imposição “do que é falso” para o sujeito por parte do ambiente (Winnicott, 1990).

Em casos nos quais o processo de cisão não é tão relevante, ou seja, quando existe uma organização cindida de forma menos extremada no desenvolvimento emocional do indivíduo, podemos afirmar que um grau de sucesso foi alcançado no estabelecimento da dimensão ilusória que a mãe proporciona ao seu bebê. Nas formulações de Winnicott existem objetos conservados na relacionabilidade secreta do verdadeiro *self*, objetos esses derivados de um grau de sucesso à época da primeira mamada teórica (Winnicott, 1990). Afinal, o que encontramos primariamente nesses pacientes são movimentos regressivos comuns, ocorridos diante de dificuldades enfrentadas em determinadas circunstâncias do viver, e não problemas primitivos oriundos de fracassos adaptativos.

Prosseguindo, em lugar de uma adaptação ambiental ao gesto espontâneo e ao potencial criativo do infante, veremos, segundo Winnicott, o desenvolvimento de dois tipos diversos de relação objetal que poderão coexistir de forma desunida, dando origem a quadros patológicos. Estas duas dimensões da vida psíquica serão configuradas em uma área privada e uma esfera relacionada ao falso *self*. Enquanto que a primeira conservará o potencial para relacionamentos criativos e espontâneos, mantendo-se em um campo íntimo de contato com fenômenos subjetivos, a segunda estará baseada em uma submissão às exigências ambientais. Neste último caso, veremos o desenvolvimento de um falso *self*, que tem com uma de suas principais funções ocultar o verdadeiro *self*. A intensidade ou gradação de um intercâmbio do *self* espontâneo com a realidade externa dependerá, sobretudo, do grau de cisão existente na personalidade do indivíduo.

O que fica claro, à medida que abordamos o processo maturacional, é o sofisticado caminho que o indivíduo humano percorre para estabelecer contato com a realidade externa. Ao descrever a fenomenologia de diversos casos atendidos em seu consultório, Winnicott aponta as dificuldades transferenciais de pacientes nos quais a principal questão centra-se no enlace tecido por eles com o mundo objetivo. Um dos exemplos concerne à psicose, na qual a “relação verdadeira com a realidade externa representa, praticamente, todo o problema” (Winnicott, 1945a, p.279). Nessa tipologia clínica, diversos sintomas concernem a sensações de irrealidade, a requisições e solicitações quanto à veracidade do que é real ou não, bem como alucinações e delírios em relação ao mundo externo.

No caso da patologia esquizoide, a apresentação do mundo ao bebê é feita de forma perturbada, acarretando em uma capacidade nula ou pouco estável de ilusionalismo da realidade pelo lactente e, dessa maneira, teremos como experiência fundamental o sentimento de irrealidade. Winnicott, dando ênfase ao precário usufruto verificado nas relações interpessoais na esquizoidia, observa que neste tipo de paciente há um relacionamento intenso com o mundo subjetivo e um fracasso no relacionamento com algum objeto fora do *self* (Winnicott, 1967a).

Em relação à tendência antissocial, um dos distúrbios no desenvolvimento refere-se à posse de um objeto transicional. Visto que já deixamos clara a extrema relevância dos fenômenos e dos objetos transicionais para um significativo relacionamento com a realidade consensual, pontuaremos apenas que para a maior parte das crianças descritas como desajustadas o objeto transicional nunca existiu

ou foi perdido. Nos exemplos de crianças que apresentam comportamentos antissociais, a presença dos fenômenos transicionais é preciosa e ajuda o profissional a prover cuidados no intuito de que, futuramente, o infante aceite o fato de que as criações internas nunca se equiparem aos aspectos da realidade externa, havendo no máximo uma coincidência entre ambos (Winnicott, 1950b).

A respeito das descrições clínicas citadas acima, faremos uma referência minuciosa no próximo capítulo, esclarecendo para cada uma sua etiologia e condições de existência. Nessa parte da dissertação, tentamos mostrar como a teoria do amadurecimento para Winnicott apresenta-se como processo norteador das experiências de diagnósticos e manejos clínicos, sendo indispensável sua leitura para o psicanalista que procure basear sua clínica na obra do autor inglês. Enfim, para Winnicott, “Tudo o que fazemos numa psicanálise bem-sucedida é desatar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente” (Winnicott, 1968a; p. 91).

3 CLASSIFICAÇÃO E ETIOLOGIA DOS DISTÚRBIOS PSÍQUICOS

Ao introduzir a questão das classificações winnicottianas dos mais diversos distúrbios psíquicos, nada melhor do que lembrarmos o objetivo do psicanalista inglês ao formular suas teorizações acerca do desenvolvimento humano. Para tanto, vejamos o que o autor esclarece em sua introdução do livro “O Ambiente e os Processos de Maturação”:

Desenvolvendo a ideia de dependência absoluta na mais tenra infância, proponho *uma nova maneira de examinar a classificação de doenças mentais*. Meu propósito neste sentido não é tanto o de rotular tipos de personalidade como o de fomentar especulação e pesquisa nos aspectos da técnica analítica que se relacionam com a satisfação das necessidades do paciente em termos de dependência na situação e no relacionamento analíticos (Winnicott, 1965b, p.16; grifo nosso).

À primeira vista, ressalta-se a preocupação de Winnicott quanto à dimensão da pessoa humana e seu processo terapêutico, ou seja, a ênfase do trabalho está na possibilidade de levar o paciente a ter uma vida criativa. Nesse bojo, a prevalência da dimensão processual como propriedade do acontecer humano ganham contornos significativos.

Do ponto de vista clínico é fundamental que compreendamos o campo idiomático estabelecido por Winnicott para futuras distinções quanto à gravidade diagnóstica. No pensamento do autor inglês, faz-se necessário um olhar atento para a singularidade do caso no que este padece ou não “de adaptação à realidade e viabilidade psíquica” (Figueiredo, 2003; p.83).

Dessa forma, as considerações winnicottianas acerca da “gravidade” dos distúrbios psíquicos devem ser elencadas e baseadas nos critérios de saúde postulados pelo psicanalista inglês. Se por uma questão de limitação não podemos adentrar em todas as formulações do autor sobre a concepção de saúde, restringiremo-nos em assinalar algumas referências sobre esta.

A concepção winnicottiana de saúde fundamenta-se no processo de desenvolvimento; isto é, o estado salutar do indivíduo ocorre quando a idade deste é compatível com a maturidade emocional para a época de sua vida. Assim, o movimento rumo à independência assume um caráter importante, da mesma forma que espaços permanentes de dependência e regressão precisam ser

ofertados ao longo da trajetória do sujeito. O que está em jogo, portanto, é a necessidade de um desenvolvimento normal (ou paulatino) do ego, do psique-soma, das dinâmicas defensivas e de outras funções, em detrimento de um desencadeamento prematuro desses processos (Winnicott, 1962b) e (Winnicott, 1963c).

Ser saudável não implica em ausência de doença, mas alude ao fato de poder adoecer e recuperar-se do agente adoecedor. Há uma total pertinência da saúde com a doença, ou, como afirma o autor, a saúde ganha muito se consegue manter contato com a doença em sua totalidade de aspectos. Essa concepção de saúde concerne um modo de ver o ser humano que privilegie o sentido relacional dos elementos internos e externos, inexistindo a predominância de processos de negação, tais como a comunicação com núcleos esquizoides e movimentos regressivos de dependência (Winnicott, 1967a).

Por isso mesmo, Winnicott não se pauta na circunscrição e no ordenamento de um conceito de saúde no qual figure a ausência de determinadas características neuróticas. Vejamos a reflexão exposta pelo autor inglês: “Pode ser que numa determinada época os psicanalistas tendessem a pensar na saúde como a ausência de distúrbios psiconeuróticos, mas isso não é verdade hoje em dia. Precisamos de critérios mais sutis” (Winnicott, 1967a, p.9).

Assim sendo, ao falar em saúde Winnicott arroga-se o direito de enfatizar a importância de “um senso de *self* e um senso de ser” (Winnicott, 1967a, p.7). A aquisição de uma experiência de vida subjetiva propicia ao sujeito a oportunidade de sentir-se real e conseqüentemente poder usufruir de uma vida criativa. Nessa perspectiva, o eixo de uma vida saudável é concebido pelo fomento na edificação de uma riqueza e vivacidade internas, contraposto a uma pobreza da realidade psíquica individual. Todo esse panorama viabiliza ao vivente a capacidade de desfrutar da experiência cultural (localizada no espaço potencial entre o indivíduo e sua ambiência) e, portanto, estabelecer experiências eminentemente criativas – condição *sine qua non* de uma vida salutar.

Em suma, é nesse panorama de um viver pautado sobre um campo de uma gestualidade pessoal e, conseqüentemente, criativa que se estabelece a gravidade de determinado caso clínico. A escuta do analista não deve ser abstrata ou genérica, porém conduzida às particularidades de seu analisando na medida em

que o psiquismo do mesmo funde-se ou não sobre o campo do verdadeiro *self*.

Destacamos duas passagens do psicanalista inglês:

Vocês não saltarão à conclusão de que pessoas neuróticas são necessariamente menos doentes do que pessoas psicóticas (Winnicott, 1963c, p.197).

[...] mesmo os esquizofrênicos retraídos e aprisionados ao leito podem estar vivendo criativamente uma atividade mental secreta e, portanto, em certo sentido, feliz. Infelizes somos você e eu que, em certa fase, estamos conscientes da falta daquilo que é essencial ao ser humano, que é muito mais importante do que comer ou do que a sobrevivência física (Winnicott, 1970b, p. 28).

Em outras palavras, podemos afirmar que, intrinsecamente ligada às ideias de processo e saúde, encontra-se a recusa de Winnicott de formular classificações em entidades nosológicas bem definidas, tais como as propostas pela psiquiatria. Essa concepção se afina com a dimensão de mutação do diagnóstico, visto que a patologia não é cristalizada e pode sofrer alterações, sobretudo, pela resposta dada pelo meio ambiente. Entretanto, importa sinalizar (a fim de evitarmos conclusões precipitadas) que as classificações winnicottianas não são baseadas em referenciais sintomáticos; pelo contrário, em sua condução clínica, o autor nos alerta para a inutilidade de tentarmos classificar indivíduos enfermos com base no quadro clínico apresentado (Winnicott, 1964b).

O psicanalista, diz Winnicott, se coloca do lado oposto ao do profissional que pensa existir uma doença por si mesma. Através de sua escuta clínica, o analista colhe informações que lhe permitem traçar a evolução do distúrbio ao longo da linha vital do indivíduo e, desse modo, elucidar melhor sua hipótese diagnóstica. Nesse sentido, o acompanhamento do percurso e do processo de vida do indivíduo abre espaço para a mutação do diagnóstico. Nas palavras de Winnicott, “Uma histérica pode revelar esquizofrenia subjacente, uma pessoa esquizoide pode vir a ser o membro saudável de um grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo” (Winnicott, 1964b, p.121).

Os ecos dessa concepção processual da natureza humana atingem diretamente as fronteiras que demarcam os diversos grupos clínicos. Se, de fato, existe a mudança do diagnóstico, verificamos também múltiplas possibilidades de superposição dos distúrbios psíquicos:

Não há limites rígidos entre todos esses distúrbios, e muitas vezes ocorre, por exemplo, de um obsessivo tornar-se deprimido ou confuso, voltando em seguida à sua obsessão. Nesse caso, as defesas psiconeuróticas transformam-se em psicóticas e depois novamente em psiconeuróticas (Winnicott, 1960c, p.89).

Desse ponto de vista notaremos que em vários textos Winnicott assinala o possível trânsito entre as distintas modalidades de constituição psíquica. Exemplos não faltam em sua obra: as fases esquizoides pelas quais qualquer indivíduo pode passar, inclusive durante o tratamento; da mesma forma os momentos ou períodos psicóticos que transcorrem ao longo do processo analítico; um falso *self* que comporta uma esquizofrenia latente; casos clínicos em que predominam tanto elementos neuróticos quanto psicóticos, entre outras múltiplas passagens (Winnicott, 1968a), (Winnicott, 1967c), (Winnicott, 1955a), (Winnicott, 1968a) e (Winnicott, 1963c).

Essas inúmeras condições clínicas somente reforçam a necessidade do diagnóstico (no que este comporta de abertura às contingências da vida), a fim de que este norteie a dimensão do trabalho analítico – “O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico com o continuar do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico” (Winnicott, 1962c, p. 154). Nessa perspectiva, a relevância das formulações sobre a temática diagnóstica traz em seu bojo indicações e instrumentos de análise oriundos dos postulados sobre o amadurecimento humano. O paciente é um ser único, portador de necessidades singulares, e que demanda do analista um papel próprio no *setting* analítico. Trata-se, portanto, de nos reportarmos continuamente ao fenômeno maturativo de cada indivíduo.

Por conseguinte, na ótica winnicottiana consideramos a extrema relevância do fator etiológico. É fundamental insistirmos nesta dimensão, qual seja, a de que no âmbito clínico nos interessa o ponto em que houve a falha ambiental na história do paciente. Há uma primazia da repercussão e expressão dos fatores ambientais que determinaram o sofrimento vivenciado pelo indivíduo em detrimento da sintomatologia momentaneamente apresentada por ele. Através do trabalho analítico, o psicanalista tem a chance de se familiarizar com determinado distúrbio que persiste desde o período precoce da vida de seu paciente, bem como com as mudanças que nele acontecem.

Na perspectiva winnicottiana, portanto, podemos compreender a fenomenologia dos distúrbios psíquicos ligada às complicações na resolução de determinadas tarefas, em tempos distintos do processo de amadurecimento do indivíduo. De acordo com esse pensamento Elsa Dias nos adverte:

Quando há fracasso na conquista desta ou daquela etapa do amadurecimento, um distúrbio emocional se estabelece. A natureza do distúrbio está relacionada com o seu ponto de origem: na linha do amadurecimento, isto é, com a natureza da tarefa com a qual o bebê, ou a criança, estava envolvido por ocasião do fracasso ambiental (Dias, 2003, p. 102 e 103).

Estamos diante, portanto, de distúrbios mentais que se referem impreterivelmente a arranjos entre estados de maturidade do indivíduo e reações advindas do meio em épocas primevas do desenvolvimento. Devemos ressaltar o fato de que tanto as atitudes ambientais apoiadoras como as retaliadoras participam dessa montagem relativa à natureza do sofrimento infligido ao sujeito. No primeiro caso, quando vislumbramos uma sustentação adequada pelo meio circundante, teremos uma atenuação e, até mesmo, a prevenção de futuras complicações psíquicas. Todavia, quando as contingências na tenra infância proporcionam uma ambiência tantalizadora, o indivíduo é defrontado com dificuldades para atualizar suas tendências inatas.

As condições e especificidades do distúrbio correlacionam-se com o padrão traumático imposto pelo ambiente de maneira patológica, pois cabe lembrar que inexitem na visão winnicottiana aspectos saudáveis ou doentes em si mesmos que independam do momento vivenciado pelo indivíduo, bem como do tempo em que aconteceram na história do sujeito. Desse modo, podemos dizer que o princípio norteador das classificações obedece a um critério maturacional onde o ponto de origem do distúrbio figura como eixo preponderante (Dias, 2008).

Nessa perspectiva, um dos fatores adotados por Winnicott para a classificação dos distúrbios mentais e posterior manejo clínico é a consideração por alguns elementos que se apresentam ou não no setting analítico. A distribuição sistemática promovida pelo autor mostra-se regida por uma lógica excludente e progressiva no que se refere aos mais variados transtornos psíquicos que possam ser verificados na clínica psicanalítica. Deixando de lado alguns exemplos de distúrbios, citemos a ordem de classificação/exclusão estabelecida pelo psicanalista inglês. Primeiramente, o analista deve eliminar qualquer hipótese de doenças cuja etiologia provenha de complicações referentes ao funcionamento cerebral. Deve-se observar que a existência de um distúrbio do centro nervoso acarreta secundariamente em problemas na personalidade do indivíduo. Em segundo lugar e de maneira análoga, o terapeuta deve atentar para manifestações

psicológicas derivadas primariamente de doenças físicas. Por fim, chegaremos às “doenças mentais propriamente ditas, isto é, doenças que não dependem de doença do cérebro ou de outra doença física” (Winnicott, 1963c, p. 197).

Lembremos que essa divisão adotada pelo psicanalista inglês tem como objetivo a oferta de tratamentos e cuidados adequados às necessidades presentes na vida do indivíduo. Pois, como afirmamos no capítulo anterior, Winnicott, destituído de preconceitos quanto à relevância de fatores hereditários e congênitos —para ele estes elementos são fundamentais—, forja o conceito de psique-soma a fim de não cair em uma posição dualista (cartesiana) no que tange a relação entre mente e corpo.

Ao seu estilo, no artigo “Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?” (1964) que antecede o último citado, Winnicott destaca três fatores que sempre passarão as eventuais classificações realizadas no âmbito clínico. O autor polarizará de um lado o componente hereditário¹³, de outro o aporte ambiental (ou a ausência deste), e no meio dessas duas dimensões encontraremos o indivíduo e suas respectivas defesas. Por mais que a psicanálise winnicottiana ocupe-se do sujeito que vive, cresce e estabelece suas defesas, é relevante que o analista domine as formulações sobre a teoria do amadurecimento individual em seus conceitos de dependência absoluta, relativa e independência relativa. Somente dessa maneira o terapeuta poderá apreciar os efeitos primitivos de uma dependência total do bebê à sua mãe – no qual o primeiro não tem a capacidade de apreender – e poderá “recompor o material do paciente, usando sua imaginação para assim fazê-lo” (Winnicott, 1964b, p.126).

Nesse contexto, examinamos que para Winnicott o importante é a circunscrição da etiologia do distúrbio ao longo da linha vital que percorre o processo maturacional do indivíduo. Temos, assim, de considerar a natureza do trauma vinculada à época na qual a criança defrontava-se com resoluções de múltiplas tarefas desenvolvimentais. Desse modo, verificamos que o campo de classificações das diversas patologias estabelecidas pelo autor inglês variará de acordo com o seu momento teórico. Contudo, de forma geral podemos elucidar a seguinte divisão: neuroses, tendência antissocial, depressões, falso *self* e psicose –

¹³ Neste exemplo, Winnicott considerará a hereditariedade (em sua maior parte), como sendo “a tendência inerente do indivíduo a crescer, a se integrar, a se relacionar com objetos, a amadurecer” (Winnicott, 1964b, p. 125).

ou seja, o pediatra inglês descreve ao longo de sua obra um grupo clínico heterogêneo de distúrbios psíquicos. Sendo assim, dadas as limitações intrínsecas à dissertação, nos tópicos abaixo especificaremos somente alguns desses arranjos psíquicos em seu princípio etiológico, bem como em suas manifestações clínicas. Começaremos por expor o quadro neurótico, depois a psicose, passando pela esquizoide. Falaremos também da tendência antissocial e, por último, do verdadeiro e falso *self*.¹⁴ Abordaremos a manifestação depressiva dentro da extremidade na qual ela se encontra, isto é, tanto na neurose quanto na psicose.

Após esses breves esclarecimentos e distinções sobre as concepções de Winnicott quanto ao diagnóstico clínico e seu eixo classificatório, verificamos que, para além de possíveis desdobramentos teóricos, sua leitura da natureza humana e de sua temporalidade intrínseca permite ao psicanalista inglês um dinamismo na descrição e manejo de cada analisando. Apoiado em sua vasta experiência clínica, o autor reforça a importância de conhecermos a teoria do amadurecimento humano – instrumento primordial na compreensão das falhas ambientais que precipitam as múltiplas patologias – a fim de que adotemos uma postura ética que melhor nos conduza junto ao analisando.

3.1

A neurose e o relacionamento em termos de pessoas totais

A orientação adotada por Winnicott para a neurose é, por reiteradas vezes, remetida à abordagem da psicanálise tradicional. No curso de sua teoria, o autor aponta a abrangência do distúrbio neurótico ao estágio edípico, pois pressupõe-se que o indivíduo tenha passado pelo complexo de Édipo e estabelecido relacionamentos em termos de pessoas totais.

Em outras palavras, Winnicott examina com descrédito qualquer tentativa de antecipação do drama edípico às etapas anteriores do processo de desenvolvimento, isto é, quando a organização do relacionamento gira em torno de duas pessoas “e a terceira pessoa ou o objeto parcial está internalizado, é um fenômeno da realidade interna” (Winnicott, 1990, p.67). De acordo com o autor

¹⁴ Para fins deste trabalho não nos reportaremos a conceituação do quadro borderline, visto que na obra de Winnicott esta categoria aparece de maneira mais ou menos indiferenciada à organização esquizoide. Assim nos limitaremos à descrição desta última manifestação psíquica, deixando para um trabalho posterior as elaborações tanto das distinções, quanto dos encontros entre estas duas formas de configuração subjetiva.

inglês, afirmar a instalação do complexo de Édipo requer que cada sujeito seja percebido como pessoa total (tanto para o observador como para a criança) e, portanto, não concebido como objeto parcial.

Um requisito da experiência neurótica liga-se à problemática da instintualidade genital justamente na área em que se encontra, ou seja, a das relações interpessoais. À época primeira de sua formação subjetiva, o indivíduo neurótico trava uma luta contra os instintos vigentes e sua dimensão de ambivalência – conflito entre o amor e o ódio em relação à figura parental. Na sequência, a formação do “inconsciente reprimido” instaura uma solução para o sofrimento vivenciado pela criança na medida em que funda defesas que o auxiliam em seu conflito (Winnicott, 1990). Observemos aqui, novamente, a relevância dada por Winnicott aos aspectos ambientais. É o meio circundante em sua continuidade e permanência que proverá a solidez necessária às experimentações do infante quanto aos seus sentimentos:

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 idéias, 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, 1990, p.68).

Portanto, verificamos que as condições ambientais formam a base crucial para o processo de recalçamento e a edificação de defesas psíquicas, cuja implicação está no fato destas últimas revelarem-se como ferramentas valiosas para a sustentação e a tentativa de lidar tanto com os impulsos internos quanto com os fatores externos¹⁵. Do ponto de vista da criança é fundamental que, transcorrido o período da dependência absoluta, ela possa gradativamente assumir para si algumas funções anteriormente advindas do ambiente. No entanto, para que as defesas possam se constituir como expressões significativas da saúde, elas não podem se instituir rigidamente, mas devem dar espaço, por exemplo, à tolerância da ansiedade quando em momentos de excitação máxima (Winnicott, 1990).

¹⁵ Ainda em relação a esta temática Winnicott afirma: “Quando os pais existem, e também uma estrutura doméstica e a continuidade das coisas familiares, a solução vem através da possibilidade de distinguir entre o que chamamos de realidade e fantasia” (Winnicott, 1990, p.77).

Dentro dessa perspectiva, a organização de defesas contra a ansiedade de castração adquire contornos fundamentais para o diagnóstico de neurose. Derivada do jogo edípico, ela aparece como temática central neste tipo de constituição psíquica, originando uma variada constelação sintomatológica. Com isso, há uma diferença significativa se o paciente apresenta uma ansiedade de castração ou de aniquilamento. Enquanto que a primeira traz a marca da personalidade neurótica, a segunda encaminha-nos rumo ao sofrimento psicótico.

Trata-se de observar, aqui, uma concepção winnicottiana cuja influência perpassa os mais diversos distúrbios psíquicos. Por exemplo, ainda que predominem na neurose as ansiedades oriundas do funcionamento edípico, é imprescindível a consideração pelas experiências primevas do indivíduo. Dessa maneira, “a forma da doença varia de acordo com as experiências pré-genitais do indivíduo” (Winnicott, 1964b, p.119). Mais exatamente, os princípios regentes de uma neurose requerem a transição de um percurso das excitações instintuais a um processo integrador, tal como verificamos no estágio do concernimento e do uso do objeto. Qualquer tentativa de explicar as organizações pré-genital, fálica e genital impreterivelmente necessitará de um olhar atento quanto à oferta de uma boa ou má provisão ambiental para o indivíduo e suas consequências em termos de saúde ou doença.

Naturalmente, é relevante citar que na visão de Winnicott a incumbência em lidar com os conflitos da ambivalência perpassa não somente as organizações defensivas construídas pelo indivíduo e pelo papel atribuído à ambiência, como todo o processo de elaboração imaginativa das funções corporais. Acreditamos ter deixado clara a importância dessas funções no ser humano dada a exposição realizada por nós no primeiro capítulo. Contudo, resgatamo-la aqui a fim de acentuar seu destaque na articulação das experiências vivenciadas pelo sujeito. Nesse caso, a elaboração imaginativa contorna e delinea “as expressões de apetite, sexualidade e ódio” (Winnicott, 1990, p.78) que, se deixadas sem mediação, irromperiam de forma bruta (ou seja, em sua forma crua, primitiva). Por fim, deve-se notar também que, se os processos defensivos encontram-se organizados de modo relativamente rígido (através do recalçamento), sendo claramente enunciados, a elaboração imaginativa da instintualidade deparar-se-á com dificuldades para operar. Segundo Winnicott, “Se a organização defensiva contra a ansiedade é mais evidente que os instintos, seu controle consciente e sua

influência sobre a ação e a imaginação, o quadro clínico é mais de psicose do que de saúde” (Winnicott, 1990, p.80).

Em síntese, o sujeito neurótico apresenta um funcionamento peculiar do inconsciente recalcado, o qual se mostra intolerável, assim como fonte de formações reativas. Tal característica implica, sobretudo, na primazia do recalque em sua dinâmica psíquica – organizada em razão das ansiedades oriundas de fatos e fantasias concernentes aos relacionamentos interpessoais (Winnicott, 1958c). Pressupõe-se, assim, que o neurótico tenha alcançado uma modalidade de integração egoica e, portanto, passado pelo estágio de concernimento. E é somente “no final do estágio do concernimento, que se mistura com o início do estágio edípico, que se estabelecem as relações triádicas” (Dias, 1998; p.219).

As modalidades de neurose serão concebidas de acordo com os tipos de defesa elaborados para lidar com as ansiedades que emergem no campo relacional dos indivíduos – neurose obsessiva, histeria de conversão, fobias, etc. É evidente que na neurose encontraremos não somente ansiedades e defesas contra a angústia de castração, mas também problemas referentes à integração dos instintos – ou seja, inúmeras complicações referentes ao estágio do concernimento. Em outras palavras, descortinam-se problemas cujos atravessamentos são construídos em um período de relacionamento dual no qual inexitem os futuros conflitos ligados à figura paterna.

Já a posição defendida por Winnicott no que tange ao tratamento da neurose segue, em grande parte, baseada no tipo de condução analítica comum em sua época. Entretanto, a narrativa de sua experiência clínica demonstra-nos que, fiel aos seus postulados teóricos, ele transcende (assim como outros analistas) as descrições rígidas do procedimento clínico, fazendo da inventividade sua marca operadora. Assim, as considerações sobre o processo analítico de um paciente neurótico são elencadas a partir de condições semelhantes vivenciadas por diversos pacientes e cujo vetor operativo baseia-se na neurose de transferência.

Problematizando a questão terapêutica, Winnicott observa que devemos interpretar a ambivalência na medida em que ela aparece na relação transferencial. Tal interpretação cita o psicanalista inglês, deverá essencialmente ser coadunada com a capacidade do analista para compreender os processos do indivíduo e, também, com sua aptidão para tolerar sentimentos e ideias conflituosas. Nesse caso, portanto, é fundamental que possamos respeitar a temporalidade de cada

paciente, sobretudo, quando realizamos alguma interpretação, evitando, desse modo, que ela ocorra de forma extemporânea aos processos do analisando (Winnicott, 1990).

Segundo Winnicott, o neurótico tende a ver no analista um profissional com sentimentos ambivalentes em relação ao seu paciente. O analisando espera que seu terapeuta demonstre uma clivagem de amor e ódio para consigo e acredita no fato de que, “quando tem sorte, consegue o amor, porque alguma outra pessoa está tendo o ódio do analista” (Winnicott, 1947a, p. 343). Se toda essa vivência da ambivalência é marca distintiva do quadro neurótico, por conseguinte é imprescindível um olhar cuidadoso às questões contratransferenciais a fim de que o analista possa realizar satisfatoriamente o trabalho analítico.

A particularidade desse manejo clínico só é possível pelo potencial do indivíduo neurótico em operar de forma simbólica, como constatamos nos múltiplos elementos abarcados pela sua análise: sonhos, ideias, imaginações e fantasias. O exame dessas condições dá ao analista, como recurso terapêutico, permitir que a transferência desenvolva-se por si mesma de modo que o tratamento psicanalítico comporte “novas experiências simplificadas” (Winnicott, 1968a, p.82). Aqui, o autor acentua o valor da “revivência” na análise dos processos que vigoram e organizam o funcionamento de cada indivíduo, pois com o desencadeamento da neurose de transferência o paciente atualiza o modo habitual de relacionar-se. Cabe ao analista prover e sustentar um *setting* terapêutico no qual, em seu papel de terapeuta, ele se responsabilize pelo movimento regressivo do analisando (Winnicott, 1961b) e (Winnicott, 1990).

Por sua vez, a regressão na análise de um neurótico desvela características singulares. Pelo fato de ter havido experiências iniciais satisfatórias, o modo pelo qual o indivíduo lida com fracassos ambientais específicos ocorre pela via do “congelamento” destes mesmos fracassos. Winnicott aproxima sua definição de congelamento à conceituação de “pontos de fixação”¹⁶ tal como formulada pela teoria psicanalítica clássica. Isso implica na hipótese de que, em obstáculos

¹⁶ Não obstante Winnicott utilize a nomenclatura de “ponto de fixação” para relacionar suas ideias à conceituação do desenvolvimento pulsional, devemos lembrar que não é este o foco principal sobre o qual o autor versa. O que existe é um movimento regressivo rumo a determinado momento do amadurecimento humano (cujo ambiente foi provedor ou não) e não somente a pontos de fixação libidinal na história do indivíduo. Winnicott escreveu: “O que nos diz respeito, portanto, não é apenas a regressão a pontos bons e maus das experiências pulsionais do indivíduo mas também a regressão a pontos bons e maus da adaptação ambiental às necessidades do ego e do id na história do indivíduo” (Winnicott, 1954a, p.465).

futuros enfrentados pelo indivíduo neurótico, a regressão ocorreria a uma antiga situação exitosa de cuidados ambientais, acarretando no que o autor inglês denomina como “regressão à dependência” (Winnicott, 1990, p. 82). Dessa maneira, o que se verifica como especificidade do movimento regressivo em sujeitos cuja situação inicial da vida foi suficientemente boa é, nas formulações de Winnicott, a recordação da dependência na qual descobrimos uma situação ambiental, ao invés de uma organização defensiva pessoal (que permanece não tão visível dada a sua fluidez) (Winnicott, 1954a).

Por outro lado, da mesma forma que existem regressões a pontos de fixações bons, podem existir regressões à instintualidade pré-genital nas quais se destacam pontos de fixação ruins. Neste caso, as ansiedades derivadas dos relacionamentos interpessoais levam o indivíduo à tentativa de evitar a ameaça de castração pela via de uma regressão que acaba reforçando a situação de alguns fracassos ambientais¹⁷ (Winnicott, 1954a) e (Winnicott, 1990).

Diante desse panorama, o pediatra inglês comenta que o analista trabalhará no sentido de viabilizar uma redução do conteúdo recalcado à medida que consiga trazer para o consciente aquilo que estava inconsciente – sendo esta uma contribuição importante na análise desse grupo de pacientes. Winnicott relata que o desejo de conhecer a si mesmo é uma característica do paciente neurótico, cuja análise acarreta em maior autoconsciência e tolerância para com o que é desconhecido (Winnicott, 1990).

Winnicott afirma que no final da análise de um neurótico haveria “uma redução do componente pré-genital da sexualidade” e uma melhora em seus relacionamentos interpessoais (Winnicott, 1963c, p.198). Nesse contexto, e segundo o olhar winnicottiano, os aspectos relevantes na formação do quadro neurótico não prioritariamente perpassam os desdobramentos pulsionais na dinâmica psíquica do indivíduo. O fator decisivo está no interjogo constante das experiências relacionais do sujeito com seu entorno, dentre os quais se destacam as provisões satisfatórias ou não oferecidas pela ambiência primeira do indivíduo.

A neurose possui como característica central o processo de constituição egoica no qual se pressupõe que o vivente tenha alcançado um estado integrado em seu processo de desenvolvimento. Desse ponto de vista, a configuração

¹⁷ Ocorre, porém, que na neurose estes fracassos não foram suficientes para redundar em outro quadro clínico (por exemplo, a psicose).

neurótica é marcada não somente por ser um distúrbio do amadurecimento, mas pela obtenção de uma catalisadora fonte de saúde. Isso acontece na medida em que a aquisição do estado unitário auxilia o indivíduo nas dificuldades vividas tanto no seu mundo subjetivo quanto na realidade compartilhada.

Voltando ao que esclarecemos na introdução deste capítulo, Winnicott, desvinculado de estratificações rígidas em suas descrições clínicas, não acredita, por exemplo, na existência de uma neurose pura. Nesse sentido, as nuances do manejo clínico variarão de acordo com a necessidade do paciente em determinado momento da análise. A fim de ilustrarmos todo esse processo de trabalho clínico, encerraremos nossa descrição da organização neurótica com uma explicação do autor inglês sobre a histeria:

A análise do histérico (terminologia popular) é a análise da loucura que é temida, mas que não é atingida sem o fornecimento de um novo exemplo de cuidado materno; um cuidado materno, na análise, melhor do que aquele fornecido no início da infância do paciente. Mas, por favor, notem bem que a análise pode e deve chegar à loucura, apesar do diagnóstico permanecer sendo neurose e não psicose (Winnicott, 1952a, p. 209).

3.2

A psicose e as falhas ambientais na constituição do psiquismo

Todo ser humano, ao tempo de sua prematuridade e de certo modo ao longo de sua vida, está lidando com os processos de integração, personalização e realização. Isso significa que uma pré-condição para sentir-se existindo, sentir-se real e portador de uma vida criativa é a edificação de um si-mesmo – que, por sua vez, para se tornar viável, necessita de um aporte ambiental acolhedor e sintonizado com as necessidades do infante.

Essa ambiência satisfatória assenta caminho para a atualização das tendências inatas do lactente, permitindo, desse modo, uma organização pessoal pautada na constituição de objetos subjetivos e o posterior ingresso no senso de uma realidade compartilhada. No caso da psicose, Winnicott é enfático ao relacionar sua etiologia às distorções e falhas do conjunto ambiente-indivíduo neste período precoce de constituição do psiquismo, isto é, no estágio de dependência absoluta (e mesmo relativa) do lactente com sua mãe.

Cabe salientar que toda e qualquer experiência neste momento de constituição egoica é crucial para a formação do si-mesmo. Dada a precariedade de sua esfera integrada, o vivente não está preparado suficientemente para discriminar se o evento ocorrido vem dele mesmo ou de uma exterioridade. Desse modo, algum descompasso na adaptação ativa do entorno provoca no bebê o sentimento de intrusão ambiental, uma vez que interrompe seu processo primordial de continuidade do ser.

Não é demais assinalar que a exigência incipiente e antecipada de credulidade na existência de uma externalidade poderá ocorrer de duas maneiras. A primeira, pela via de uma presença sufocante e cerceadora, ou seja, peca-se por um excesso de comparecimento na interação dual. A segunda é pautada por uma ausência ambiental que inviabiliza a criação do meio pelo infante, isto é, há uma escassez de sustentação e material criativo ofertados ao sujeito. Portanto, verifica-se que ambas as modalidades de interação (acima citadas) do par lactente-ambiente serão caracterizadas como movimentos invasivos ao ser individual.

Em um artigo redigido no ano de 1963, “O medo do colapso”, Winnicott indica claramente a operação de defesa realizada pelo quadro psicótico como anteparo às ansiedades primitivas vividas no processo de amadurecimento. Diz ele:

É errado pensar na enfermidade psicótica como um colapso; ela é uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva, e é geralmente bem-sucedida (exceto quando o meio ambiente facilitador não foi deficiente, mas sim atormentador, que é talvez a pior coisa que pode acontecer a um bebê humano) (Winnicott, 1963d, p.72).

A análise da psicose feita por Winnicott define-a através de medidas defensivas contra o colapso e a ameaça confusional provinda de agonias primitivas, ou seja, ela é sempre uma organização defensiva em face do “medo de um colapso que já foi experienciado” (Winnicott, 1963d, p.72). Esse colapso, contudo, não pode ser integrado em uma experiência, visto que tal vivência não é perpassada pelo estabelecimento de uma identidade unitária. Dessa forma, há necessidade de que no âmbito terapêutico ocorra uma regressão a fim de que o paciente experiencie o medo do colapso e possa abrir caminhos para uma vida mais criativa.

Cabe frisar que em alguns artigos Winnicott se propõe a fazer uma classificação dos distúrbios psicóticos. No entanto, em uma parcela considerável desses textos, tal ordenação ocorre de forma quase assistemática. Reproduzimos abaixo sua descrição genérica feita em *Natureza Humana*:

PSICOSES	Maníaco-depressiva Depressão Defesas contradepressivas	<i>Concern</i> pelo Amor implacável (<i>ruthless</i>). Reação à perda de objetos.
	Perseguição: vinda de dentro Hipoconcrria vinda de fora Defesa paranoide retirada para o mundo interno.	<i>Concern</i> quanto às consequências da agressividade.
ESQUIZOFRENIA	Defesas através de cisão por desintegração por perda do sentimento de realidade por perda de contato	Fracasso da adaptação materna nos estágios iniciais.

(Winnicott, 1990, p. 35)

Já, no livro “A Família e o Desenvolvimento Individual”, Winnicott delinea também dentro deste distúrbio a melancolia com dificuldades mais ou menos paranoides (Winnicott, 1960c). Em outro artigo, Winnicott reforça a divisão das psicoses feita em *Natureza Humana* (1990), ou seja, entre as tendências maníaco-depressivas e o grau mais desenvolvido de esquizofrenia. Ainda de modo similar, o autor vincula os diversos delírios persecutórios aos distúrbios psicóticos (seja a hipocondria, seja ao caráter paranoide) (Winnicott, 1959b).

Podemos dizer que Winnicott delimita a configuração da psicose esquizofrênica em diversificados graus e modalidades de organizações defensivas: a esquizofrenia inteiramente desenvolvida, esquizofrenia infantil (autismo), fronteiriços (*borderlines*) e esquizoides. Na descrição da etiologia esquizofrênica, o autor inglês novamente faz referência ao relacionamento dual do bebê com sua mãe, anterior à entrada de qualquer terceiro em cena. “De fato, chegamos à vida do lactente relativa a objetos parciais, e ao lactente que é dependente, mas incapaz de reconhecer essa dependência” (Winnicott, 1963e, p. 211). Em outros termos, o desenvolvimento da esquizofrenia incide em um período que varia da prematuridade inicial do lactente ao final do estágio do uso do objeto. A

complexidade do distúrbio se pauta, portanto, no grau de integração que resiste ao traumatismo ambiental ocorrido.

Já as psicoses depressivas relacionam-se às falhas do meio que se sucedem após o lactente ter alcançado o estágio do EU SOU e, nessas condições, a base de sua vivência traumática tem seu início junto ao período do concernimento. Os efeitos de tais acontecimentos remetem à instauração de problemas quanto à ambivalência envolvidos no processo de instintualidade. Encontraremos descritos neste grupo clínico, por exemplo, a psicose maníaco-depressiva e a hipocondria (Dias, 1998).

Nesse sentido, podemos dizer que os diversos quadros de psicose, tal como descritos por Winnicott, são decorrentes do insucesso na resolução de determinada tarefa que vigia em uma etapa singular no processo de desenvolvimento do sujeito. Portanto, a modalidade de distúrbio psicótico apresentada por um paciente estará intrinsecamente ligada à natureza do traumatismo impingido pelo ambiente e sua localização temporal no eixo de maturação emocional daquele indivíduo em particular.

No caso do tratamento da psicose, Winnicott valoriza algumas atitudes do analista que possibilitam a realização do trabalho analítico com esses pacientes. Dentre elas, está a premência na oferta de um ambiente especializado (*setting* terapêutico) que promova uma experiência de sustentação satisfatória que até então nunca foi vivenciada pelo analisando. Desenvolve-se, dessa forma, a criação de um campo terapêutico no qual a regressão à dependência torna-se um fator de enorme potência curativa. Ou seja, o terapeuta será a primeira pessoa a dispor na vida do paciente das condições ambientais indispensáveis ao amadurecimento humano.

Os elementos que definem a clínica da psicose são norteados pela dimensão do cuidado ao paciente, privilegiando sempre a possibilidade da fruição de uma experiência que possibilite a integração do indivíduo no espaço e no tempo, bem como a conquista de uma unidade psicossomática. A pré-condição para a emergência dessas vivências articula-se com uma modalidade de ambiência que sustente as manifestações do analisando, visto que o *setting* terapêutico delineia-se em características de adaptabilidade, constância, realidade e confiabilidade.

O psicanalista inglês defende que os detalhes técnicos da prática analítica são cruciais no atendimento da patologia psicótica, pois a transferência

estabelecida por este grupo de pacientes nos remeterá à dimensão da dependência – de forma análoga ao relacionamento mãe-lactente. Assim, a qualidade do ambiente adquire contornos fundamentais, sobrepondo-se em importância, muitas das vezes, às interpretações verbais do analista. A postulação winnicottiana é clara:

Para o neurótico, o divã, o calor e o conforto podem ser o símbolo do amor materno; para o psicótico, seria mais certo dizer que estas 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. E assim por adiante (Winnicott, 1947a, p.347).

É necessário que o paciente possa se reunir através de seu ego à experiência inicial da agonia primitiva, atualizando-a neste momento pela via de um controle onipotente. Contudo, pode-se perguntar: mas de que maneira o paciente psicótico experienciará esse colapso na análise, se uma de suas dificuldades está baseada em sua fragilidade egoica? Justamente é este um dos papéis do analista – fazer a função de apoio egoico da mesma maneira que a mãe na tenra infância serve como ego auxiliar ao seu bebê. Em particular, no caso da psicose, a provisão de alguma capacidade de experienciar onipotentemente o fracasso ambiental primitivo dentro de um *setting* de dependência inaugura uma alternativa ao sofrimento psicótico.

A manifestação da transferência abre um campo de emergência para a vivência do colapso em uma dimensão reasseguradora e confiável. Não por outra razão, Winnicott expõe o alto risco envolvido nessa experiência e provavelmente o longo tempo percorrido para se chegar neste ponto. Nessa perspectiva, assumem enorme relevância as falhas do analista, pois nesse contexto não se trata de ser um analista infalível. O fundamental é que os enganos e equívocos do analista aconteçam sem excessividade, de forma que o analisando possa assimilá-los e “[...] explicar cada falha técnica do analista como contratransferência” (Winnicott, 1963d, p.73) e (Winnicott, 1963e).

É na base deste elemento citado por Winnicott – ou seja, a contratransferência – que o autor inglês descreve um dos alicerces da análise com psicóticos. Segundo ele, o processo analítico com esse tipo de pacientes é penoso e demanda uma enorme disponibilidade interna do terapeuta. Assim, é inevitável a

irrupção dos sentimentos de ódio e temor, sendo estes intrínsecos à experiência terapêutica. Diante dessas condições, cabe ao analista tomar consciência de seus movimentos contratransferenciais, reconhecendo-os e isolando-os:

Se é verdade que lhe serão atribuídos sentimentos rudes, é bom que o analista previna-se e precate-se, pois é seu dever tolerar que o coloquem nesta posição. Antes de tudo, ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que se justifica na situação presente tem que ser isolado e guardado, ficando disponível para uma eventual interpretação (Winnicott, 1947a, p.343).

Nota-se que todo esse manejo requererá do terapeuta um investimento em sua análise pessoal, de forma que esta última leve o analista a se deparar com seus próprios elementos primitivos, bem como com a gama de ódio presente em seu inconsciente (oriundo de experiências passadas e conflitos internos) (Winnicott, 1947a).

Interessante notar um comentário feito por Winnicott acerca da interpretação do ódio do analista a ser dada ao paciente. Esse aspecto da análise se destaca posto que, segundo o autor inglês, é justamente a verbalização dessa manifestação contratransferencial que “demarcaria” uma espécie de passagem do paciente à maturidade – , pois, até que a interpretação ocorra, poderíamos dizer que o paciente é mantido na posição de um bebê que não compreende nada sobre os cuidados que lhe são ofertados (Winnicott, 1947a). Não creiamos, contudo, que Winnicott, ao afirmar este aspecto do processo analítico, esteja assumindo uma posição ingênua. Ele assinala claramente o perigo intrínseco a tal atitude e adverte para o momento oportuno e adequado dessa interpretação no trabalho junto ao paciente.

Percebe-se, pelo que expusemos nas considerações acima, a primazia do cuidado ambiental na recuperação do quadro psicótico. Esta concepção de um adequado suprimento do meio ao indivíduo enfermo percorre toda a obra do psicanalista inglês e ganha contornos precisos no tratamento deste tipo de patologia. Não por outro motivo, Winnicott descreve a capacidade curativa do fator experiencial, na qual incontáveis falhas ambientais são transformadas por múltiplos fenômenos do cotidiano: a amizade, a poesia, os cuidados dispensados durante uma doença física, conversas de bar, dentre outros eventos ambientais (Winnicott, 1954a) e (Winnicott, 1963f).

3.3 Os estados esquizóides como organização defensiva a eventos traumáticos

Mello Filho avança a hipótese de que a existência dos trabalhos de Fairbairn e Guntrip sobre a psicopatologia da condição esquizoide, suas relações objetais, sua psicodinâmica e características clínicas tenham retirado a necessidade de Winnicott estabelecer uma descrição mais pormenorizada da esquizoidia (Mello Filho, 2001). A nosso ver, as contribuições desses autores certamente influenciaram as teorizações e compreensões de Winnicott acerca deste grupo de pacientes; contudo, acreditamos que a maneira pela qual o psicanalista inglês menciona esse tipo de distúrbio não difere de forma substancial no tocante às suas elaborações de outras manifestações clínicas.

Assim, mesmo que o psicanalista inglês insira a esquizoidia no grupo das psicoses – dadas a constância e a riqueza com que diversos autores contemporâneos reportam-se a esta modalidade de constituição psíquica (a fim de descrever manifestações clínicas atuais) –, optamos por uma descrição à parte desse quadro clínico. Em consonância com as concepções e ideias que expusemos no início deste capítulo sobre as classificações clínicas, Winnicott defenderá a tese de que comumente encontraremos elementos esquizoides ocultos em pessoas tidas como normais. A socialização desses núcleos psicóticos está em íntima conexão com a forma como o meio cultural aceita, ou não, o padrão de distúrbio apresentado pelo indivíduo. Nessa medida, as modulações nos graus apresentados por determinados pacientes quanto às suas características esquizoides serão regidas pelo momento e pela qualidade dos aspectos ambientais vivenciados pela criança em sua tenra infância. (Winnicott, 1962a).

Winnicott considera então, que os estados esquizoides são formados por reorganizações defensivas que se sucedem a traumatismos de qualidades precoces à época na qual deveria vigorar um ambiente de *holding* (Winnicott, 1969c, p.202), especialmente nos momentos relacionados aos fracassos das tarefas no campo da primeira mamada teórica e na emergência das agonias impensáveis (Dias, 1998). Nesses termos, o pediatra inglês delinea o quadro esquizoide como distorções na organização egoica do indivíduo.

Para nos aproximarmos mais detalhadamente dos aspectos que originam a esquizoidia cabe a descrição de alguns fenômenos clínicos que caracterizam esse tipo de distúrbio. Uma dificuldade marcante é o sentimento de que o mundo subjetivo “é mais real do que a própria realidade objetiva” (Dias, 2003, p.214). Trata-se, pois, de obstáculos no relacionamento com a realidade consensual e compartilhada, visto que o constante fracasso no estabelecimento das relações objetais mantém o paciente em uma intransigente ligação com seu mundo subjetivo.

A ausência de formação do espaço ilusório que seria proveniente de uma ambiência qualitativa e provedora, ou mesmo uma fracassada consistência dessa ilusão são conjunturas que fragilizam a fronteira do subjetivamente concebido e do objetivamente percebido, acarretando em um malogro no relacionamento com qualquer objeto externo. Certamente, esta percepção subjetiva do mundo apresentada pelo indivíduo esquizoide lhe traz inúmeras consequências desvantajosas. O autor inglês articula algumas delas, dentre as quais se destacam a formação de um sistema delirante em determinadas áreas da personalidade do indivíduo, bem como dificuldades no que tange à habitação da psique no soma (Winnicott, 1966b), (Winnicott, 1990) e (Winnicott, 1967a).

Com efeito, toda esta redução acentuada das fronteiras do eu origina no indivíduo um retraimento quando o mesmo necessita lidar com situações concretas da realidade externa. Segundo Dias (1998, p.337), “Essa é uma das características marcantes do esquizoide: a mera presença real do outro provoca uma nadificação no seu sentimento de ser e ele precisa voltar ao isolamento para recuperar algo desse sentimento”. O que subjaz a esse penoso trajeto de vida percorrido pelo esquizoide é o uso constante de defesas eminentemente primitivas, nas quais se destacam a dissociação do psiquismo (Winnicott, 1963g, p.67).

Ancorada no pensamento de Winnicott, Dias (1998) aponta que possivelmente a ambiência inicial no quadro esquizoide foi norteadada por uma dimensão caótica. É admissível pensar que a externalidade do mundo na esquizoidia expressiu-se de forma intempestiva, não dando margem, portanto, à sua materialização criativa pela criança. O infante não teve oportunidade de singularizar o entorno conforme sua ritmicidade e gestualidade criativa – fato este

que engendra complicações na organização têmporo-espacial e cujas ressonâncias permanecem ao longo de sua vida.

Corroborando a visão de que uma complicada organização do ambiente primitivo de vida do indivíduo faz parte da constituição de uma patologia esquizoide, citamos o texto escrito por Winnicott (1952), “Psicoses e cuidados maternos”. Nesse artigo, o autor concebe a esquizoidia como um retraimento da criança frente a um ambiente eminentemente tempestuoso. Quando efeitos desorganizadores presentificam-se nos estados iniciais da vida, a reação por parte do indivíduo se torna premente, o que origina a perda do sentido de *self* e leva-o a um isolamento patológico. Conseqüentemente, vive-se à espreita com um potencial paranoide ao qual se tenta anular com a permanência em um estado não integrado – “O bebê vive permanentemente em seu próprio mundo interno, que, no entanto, não está firmemente organizado” (Winnicott, 1952b, p.385).

Nesse sentido, as ameaças de vivências intrusivas assombram constantemente os pacientes com funcionamento esquizoide, visto que o receio de voltar a sofrer com as agonias impensáveis (cair para sempre, disjunção entre psique e soma, ser feito em pedaços, ausência de orientação...) são sempre iminentes. É justamente pelo fato de o indivíduo configurar uma organização de retraimento (isolamento), na tentativa de evitar o aniquilamento do *self*, que a realidade é concebida como uma afronta (Dias, 1998).

A partir desse processo, outra possibilidade do sujeito no intuito de fugir de uma possível errância ambiental e seus efeitos desorganizadores é a opção por desenvolver o caos oriundo de um mecanismo desintegrador. Esta razoável escolha adotada pelo indivíduo detém a vantagem de ser produzida por ele mesmo, permanecendo desse modo na esfera de sua onipotência. Perfila-se neste caso, a tentativa de preservação de uma espécie de recôndito criativo, uma vez que seu agenciamento espontâneo encontra-se fortemente obliterado.

Podemos depreender das considerações acima que a patologia esquizoide é permeada por dificuldades na capacidade de estabelecimento do *concern* pelo indivíduo, o que leva a Winnicott a fazer uma analogia entre este modo de organização subjetiva e o daltonismo: para os esquizóides a posição depressiva equivaleria a cor para os daltônicos. Nessa perspectiva, o mecanismo de recriação mágica pode ser utilizado para compensar os processos reparativos e restitutivos (Winnicott, 1954b).

A postulação do termo “depressão esquizoide” traz implícito um jogo cambiante de forças, qual seja o embate entre uma instável organização egoica acarretada pelo humor deprimido e uma ameaça contínua de desintegração (fatores esquizoide). Assim, a permanência no tempo sem modificações deste estado subjetivo pode engendrar uma incorporação desse padrão depressivo na personalidade do indivíduo (Winnicott, 1963g.).

Em seu esforço de sempre ilustrar suas afirmações com referências clínicas, Winnicott afirma que a credulidade é uma característica da esquizoide. Exemplifica dizendo que se um analista (mesmo sendo desqualificado) sustentar uma suposta cura ao paciente esquizoide, este aceitará realizar um “tratamento” analítico. Da mesma forma, a dependência aparece como uma marca imperativa nesses analisandos – fator que requer do analista um estado de dedicação pormenorizada a tais pacientes (Winnicott, 1963e) e (Winnicott, 1964b).

Dadas as dificuldades descritas acima, os indivíduos esquizoide procuram o tratamento analítico, sobretudo, pela ausência de um “contato autêntico” com a realidade externa. Nesse sentido, buscam esperançosamente alcançar um estado unitário que os integre espacialmente e temporalmente – já que experimentam vivências onde predominam elementos dissociados.

De fato, o elemento significativo no processo terapêutico do paciente esquizoide ocorre pelo provimento do *holding* na sessão analítica. A oferta via terapeuta de um marcado apoio egoico favorecerá no analisando a construção de um encontro no qual os impulsos do id (satisfeitos ou frustrados) transformam-se em experiências próprias ao indivíduo. Esta modalidade de relação transferencial comporta uma vivência inédita para esse quadro clínico, dados os primitivos e recorrentes fracassos ambientais experimentados na fase inicial da vida. Nas palavras de Winnicott: “A consistência da situação é uma experiência primária, não algo a ser recordado e revivido na técnica do analista” (Winnicott, 1963e, p. 216).

Como consequência, ganha destaque o surgimento de características como criatividade, elasticidade e maleabilidade no terreno analítico. Portanto, o caminho de atuação do terapeuta com a esquizoide fia-se sempre ao encontro da experiência de ser do paciente na medida em que é conhecida a tendência do esquizoide para a desintegração, o cair para sempre, o cessar de existir, ou seja, as diversas formas de ansiedades impensáveis. Ao discorrer sobre o eixo de atuação

do analista com a esquizoidia, o autor inglês aconselha-nos a aprender com a mãe e enfermeiras como adaptar-nos ativamente àqueles que se encontram sob cuidados diretos. Diz ele,

A provisão de um ambiente estável, porém pessoal, de calor, de proteção contra o inesperado e o imprevisível, e o fato de servir a comida de forma segura e exatamente na hora certa (ou mesmo de acordo com os caprichos do paciente), estas coisas podem ser de ajuda no tratamento de casos esquizóides (Winnicott, 1948b, p.307).

A direção posta por Winnicott para o tratamento de pessoas esquizoides coloca em segundo plano a execução de interpretações, mesmo que estas porventura estejam corretas. Em outras palavras, há uma ressalva em realizar interpretações que visem o *insight*, pois deve-se privilegiar a oferta de um *setting* analítico que seja norteado à adaptação egoica do paciente (Winnicott, 1963e).

Desse ponto de vista, fica explícito que o recurso à verbalização dos conflitos inconscientes é secundário neste tipo de tratamento, pois, como Winnicott nos revela, os problemas esquizoides começam antes da verbalização adquirir significado. No entanto, mesmo que não assuma um papel de destaque, o trabalho interpretativo adquire seu lugar no manejo desses pacientes. Em termos winnicottianos, quando trabalhamos com aspectos da personalidade que são esquizoides, urge a necessidade de que o paciente elabore suas próprias interpretações de maneira criativa; caso contrário, vivenciará um estado de submissão e precisará recusar ou mesmo destruir as interpretações provenientes do analista (Winnicott, 1963a) e (Winnicott, 1968a).

Como assinalamos acima, existe uma temeridade por parte da personalidade esquizoide quanto à ocorrência de algum fenômeno desintegrador. Dessa forma, são erigidas defesas (que impedem a emergência de impulsos criativos) sempre a fim de que se manifeste algo ligado à dimensão da desintegração. Cabe ao analista ajustar-se à necessidade do indivíduo de modo a estabelecer contato com o paciente, ou seja, é necessário que o terapeuta permita-se ser inventado. Por último, vale lembrar, como referência para todo o tratamento esquizoide, a observação de Winnicott sobre a terapia com esta modalidade de adolescentes. Diz ele:

[...] acho que muitos tratamentos de tipos esquizóides de adolescentes falham porque são planejados de uma forma que ignora a habilidade da criança de ‘planejar’ – de certa forma criar – um analista, um papel no qual o analista real pode tentar se ajustar (Winnicott, 1948b, p.304)

3.4

A tendência antissocial: da deprivação à delinquência

Para compreendermos a leitura forjada por Winnicott sobre a tendência antissocial é necessário que duas considerações sobre este tipo de comportamento sejam ressaltadas. Primeiramente, cabe empreender uma diferença com relação aos outros tipos clínicos até agora por nós descritos, pois na concepção do pediatra inglês a tendência antissocial *não é um diagnóstico*. O comportamento antissocial pode existir em todas as idades e mesmo em qualquer distúrbio clínico vigente, o que implica dizer que “A tendência anti-social pode ser encontrada em um indivíduo normal, ou em um que seja neurótico ou psicótico” (Winnicott, 1956b, p.502).

Como acréscimo a esta percepção restritiva do diagnóstico em relação ao ato antissocial, depreendemos algumas consequências importantes dessas ideias ao vislumbrar possíveis repercussões que atingem diretamente o contexto sociocultural. Seja desnaturalizando o fenômeno da violência, seja pelo viés da despatologização de inúmeras manifestações agressivas, a perspectiva winnicottiana nos aponta para a dimensão essencial encontrada na agressividade constituinte do indivíduo humano, bem como para a tarefa fundamental do meio no alicerce dessas experimentações de si-mesmo (Vasconcelos de Andrade & Bezerra Jr., 2009).

Anterior a qualquer discussão de cunho moralista, o que está em pauta na dinâmica antissocial é o sofrimento advindo de uma *deprivação*. Não se deve, no entanto, equiparar o fenômeno da deprivação com outro de terminologia parecida – a privação. Novamente o que importa no postulado winnicottiano para a ocorrência de determinado distúrbio é o seu momento de origem – trata-se de uma questão etiológica.

A privação é formulada por Winnicott como uma destituição ambiental muito precoce, na qual vivências essenciais foram suprimidas. Essas perdas primitivas aconteceram em uma época na qual havia uma indiscernibilidade entre o indivíduo e o ambiente e, portanto, o sujeito não poderia atribuir as

consequências do que lhe aconteceu a alguma externalidade. Na privação, aliás, temos semelhantemente a ocorrência de uma experiência inicial facilitadora que foi perdida. Com efeito, a diferença centra-se no tempo em que se constituiu a vivência do fracasso ambiental, pois à época de emergência da privação havia o estabelecimento de uma suficiente maturidade egoica para a compreensão da responsabilidade externa pelo traumatismo ocorrido.

Dito isso, Winnicott reúne elementos suficientes para esclarecer as diferenças etiológicas, por exemplo, entre uma psicose e uma tendência antissocial. Enquanto que a primeira encontra seu acometimento temporal remetida à época da dependência absoluta, a segunda insere-se no período de dependência relativa. Nesta última, a criança relaciona-se com a emergência do espaço potencial e conseqüentemente vivencia as primeiras experiências não eu. A capacidade para o *concern* começa seu estabelecimento e, ao deter o conhecimento de que a causa de sua frustração é externa, o indivíduo expressa o ímpeto de cobrar sua reparação pela via de uma nova provisão ambiental.

Dando seguimento a essa argumentação, é importante compreendermos os desdobramentos ocorridos na vida de um indivíduo que sofreu uma privação. Quando há uma perda precoce e abrupta de um ambiente suficientemente bom, a criança fica à margem de vivências por nós já analisadas – as ansiedades impensáveis. Conseqüentemente, vemos uma reorganização gradual da própria criança em direção a um estado neutro. Esta nova organização erigida pela criança possui somente a aparência de uma adaptação perfeita ao meio, pois a criança passa a concordar com tudo o que lhe é proposto – aspecto meramente enganador (Winnicott, 1967d).

Ocorre que, por outro lado, surge na criança um impulso de retornar ao momento anterior ao traumatismo sofrido, “e assim desfazer o medo da ansiedade impensável ou da confusão que existiam antes que se organizasse o estado neutro” (Winnicott, 1967d, p.83). Eis, então, o surgimento de um elemento fundamental que perpassará a tendência antissocial em suas diversas formas: a esperança. No intuito de alertar tanto o meio psicanalítico e a sociedade no que concerne às necessidades inconscientes expressadas por esses indivíduos, Winnicott ressalta esse apelo (esperança) como uma demanda feita ao ambiente para que ele compareça de forma efetiva, restaurando as falhas outrora sentidas como traumáticas.

A esperança porta em si a força de mudança, sendo o ato antissocial uma tentativa de recuperação da confiabilidade perdida com o meio, visto que até o momento do comportamento infrator a virtualidade conservada concerne às insuficiências e decepções ambientais. O período de esperança atualizado na conduta da criança, observa Winnicott, é norteado por uma condição clínica de difícil manejo devido aos múltiplos atos antissociais que ganharão destaque no campo de interação do indivíduo. Em função dos acontecimentos, cabe à ambiência acolher a atuação do sujeito, dando visibilidade, importância e, sobretudo, reconhecendo a experiência empreendida como um pedido de ajuda.

Vejamos as duas dimensões de deprivação descritas por Winnicott. O primeiro aspecto concerne ao relacionamento da criança com sua mãe. Trata-se, nesse caso, de uma falha materna na adaptação às necessidades da criança que incapacita o indivíduo para encontrar objetos de maneira criativa. Estamos considerando aqui o período por nós anteriormente descrito como “realização”. A representação do comportamento antissocial típico para esta modalidade de deprivação é o roubo. Nas palavras de Winnicott é no momento da esperança que a criança rouba o objeto, sendo este um ato compulsivo do qual ela não sabe o motivo (Winnicott, 1967d). Neste ponto, observa-se um movimento fundamental na experiência antissocial, que é a procura pela capacidade de encontrar, na qual o objeto roubado é fundamentalmente um sinal e um apelo por parte do indivíduo para que o ambiente atenda às necessidades fundamentais que lhe foram retiradas.

A segunda expressão da deprivação engloba a conexão da criança com a figura paterna. Para compreendermos esta segunda forma de desadaptação ambiental é relevante lembrar que, na medida em que o pai transmite confiança à sua esposa, temos a criação de uma ambiência segura. Esta, por sua vez, possibilita à criança a integração dos impulsos amorosos e destrutivos, bem como permite à criança o reconhecimento da realidade de suas ideias destrutivas. Segundo a descrição de Winnicott:

A confiança da mãe em seu marido, ou no apoio que vai conseguir, caso o solicite, da sociedade local, talvez o apoio de um policial, cria a possibilidade de a criança explorar rudemente atividades destrutivas que se relacionam ao movimento em geral, e mais especificamente à fantasia que se acumula em torno do ódio (Winnicott, 1967d, p85).

Assim, a segurança da criança quanto aos seus sentimentos agressivos apresenta como pré-condição uma indestrutibilidade ambiental em determinados elementos fundamentais. Dentre eles, destacamos a resiliência dos pais no que diz respeito às atitudes perturbadoras das crianças, como rabiscar paredes, quebrar vidraças, sujar cômodos, entre outras. Contudo, a ocorrência de uma perturbação ambiental (por exemplo, o rompimento do lar) poderá impactar a criança de tal maneira que seus impulsos agressivos passarão a ser experimentados de forma insegura (Winnicott, 1967d). Dessa maneira, o indivíduo tenta assumir o controle da nova configuração familiar e, conseqüentemente, acaba por perder sua impulsividade e espontaneidade.

Novamente, tal como no primeiro caso de deprivação, o sofrimento do indivíduo poderá passar despercebido àqueles que cuidam do jovem. A dificuldade da criança, no entanto, passa mais pela desidentificação dela com seu próprio *self* e por uma identificação com seus cuidadores. Nessa situação, o período de esperança é representado pela emergência da agressividade (que, por sua vez, é redescoberta pelo indivíduo em sua própria expressão). Portanto, esse processo se caracteriza por uma dinâmica de destrutividade – da mesma maneira que o roubo encontra-se no centro do primeiro tipo de deprivação.

A criança pode ocultar sua tendência antissocial em uma série de comportamentos (espécie de formação reativa), tais como: queixas e lamentos, arrogância, mentiras, enurese noturna, compulsão masturbatória, devaneios constantes, entre outras atitudes. O pediatra inglês chegará a usar o termo “distúrbio de caráter” para descrever a “distorção da personalidade que ocorre quando a criança necessita acomodar um certo grau de tendência anti-social” (Winnicott, 1963h, p. 276). A despeito dos inúmeros problemas oriundos do distúrbio de caráter, é necessário alertar para o aspecto positivo desse estado clínico. A presença de tal distúrbio inviabiliza a irrupção de um quadro psicótico, tendo em vista que auxilia o ego na ligação das energias que paralisaram o desenvolvimento maturacional, bem como auxilia na diminuição das anormalidades presentes na interação da criança com a família (Winnicott, 1963h).

Em que pesem os múltiplos fatores que levam à transição dos atos normais (com características antissociais) à delinquência, Winnicott nos proporciona algumas pistas deste caminho limítrofe percorrido pela criança. A tendência

antissocial estabiliza-se em delinquência quando há a produção de ganhos secundários que acabam se tornando aceitáveis para o *self*. Esses ganhos paulatinamente passam a preponderar, diminuindo assim o sofrimento sentido pelo indivíduo e interferindo diretamente no impulso do sujeito para buscar auxílio do meio.

Em função do exposto acima, a ênfase no tratamento da tendência antissocial está no provimento de um ambiente especializado. Estes cuidados que deverão ser ofertados por uma ambiência satisfatória poderão ser, ou não, conduzidos pela psicanálise – tudo dependerá da gravidade e do apelo aos cuidados que determinado comportamento antissocial requererá. Nesse sentido, Winnicott enfatiza a diferença de manejo da criança em um espaço coletivo e numa sessão terapêutica, sendo que nesta última modalidade de atendimento a relação bipessoal ganha um relevo maior do que em outras modalidades de intervenção (Winnicott, 1967d).

Na psicoterapia, por exemplo, a criança será capaz de atualizar as condições inaugurais do fracasso ambiental, seja pela via do material lúdico que aparece no brincar, seja nas verbalizações ou nos sonhos. O tratamento psicanalítico, como tal, oferecerá ao indivíduo a oportunidade de reexperimentar com o analista o sofrimento advindo da privação; fato este que, por sua vez, viabiliza as lembranças do paciente quanto aos momentos que antecederam o evento traumático. Ou seja, estamos falando de um movimento de regressão no *setting* analítico.

No âmbito do tratamento da tendência antissocial, deve-se exercer a aceitação e a recompensa, assim como possibilitar ao paciente ficar doente, ao invés de esconder seu sofrimento. Quando esse processo se mostra viável, os fracassos do terapeuta na análise tornam-se um instrumento de inestimável riqueza. A capacidade do analista em reconhecer suas falhas permite ao paciente experimentar raiva e, ao invés de um novo traumatismo, o indivíduo reativa seu desenvolvimento maturacional que se encontrava estagnado (Winnicott, 1961b) e (Winnicott, 1963h).

Após essa experiência terapêutica a criança atinge a habilidade, até então ausente, de encontrar objetos (no caso da primeira privação descrita acima); ou mesmo, resgata a confiabilidade perdida em suas referências externas (dimensão inexistente e oriunda do segundo tipo de privação). De acordo com Winnicott,

“A criança recupera uma relação criativa com a realidade externa, ou com o período em que a espontaneidade era segura, mesmo que envolvendo impulsos agressivos” (Winnicott, 1967d, p. 90).

Trabalhando com múltiplas facetas da tendência antissocial, Winnicott divide sua experiência analítica conosco e diferencia as modalidades de atuação neste campo clínico. O pediatra inglês possui uma perspectiva que vai desde uma cura “natural”, para os casos que ele entende como favoráveis — onde o próprio meio do indivíduo oferece um suprimento às reivindicações da criança —, até casos de maior gravidade (a delinquência). Nos casos de gravidade moderada em que reiteradas fases de comportamento antissocial manifesto presentificam-se na análise, o paciente vive estados depressivos ou dissociativos a fim de encobrir sua condição caótica.

Quando lidamos com o fenômeno da delinquência, vemo-nos novamente ante a necessidade e a pertinência de ofertar ambientes especializados. Estes são divididos em dois tipos, segundo Winnicott. Em um deles, temos a instalação de um ambiente de *holding* – ou seja, os cuidadores estão “praticando o ‘segurar’” (Winnicott, 1961b, p.101). Já o outro tipo de ambiente é baseado em um regime de custódia, cujo objetivo é o fornecimento de limites, que o ego não conseguiu internalizar. Neste caso, temos a oferta de estabelecimentos como os “reformatórios” e, se necessário, futuramente a “prisão”.

Quanto ao último recurso, Winnicott nos adverte para o perigo intrínseco desses lugares, quando os mesmos estimulam uma atmosfera de educação ditatorial. Feita essa ressalva, o pediatra inglês assinala que isto

[...] é o melhor que algumas crianças desapossadas conseguirão por intermédio da administração satisfatória, e muitas crianças desapossadas anti-sociais e turbulentas transformam-se de ineducáveis em educáveis no regime rigoroso do estabelecimento correccional (Winnicott, 1963h, p. 285).

De um modo geral, ao longo das contribuições expostas por Winnicott sobre a tendência antissocial, foi possível a apropriação de algumas experiências clínicas que nos auxiliam a pensar terapêuticamente este tipo de fenômeno. Dentre elas destacamos a importância dos movimentos contratransferenciais no manejo

desses casos, pois é quase inevitável o surgimento do ódio para os cuidadores que são expostos a condutas antissociais.

Em síntese, o terapeuta ou aquele que cuida dos indivíduos com comportamentos socialmente não aceitáveis deve estar pronto para encarar a condição de destinatário dos mais diversos fenômenos impulsivos. Dispor de um ambiente especializado, provendo as condições para que o sujeito se depare com seu próprio movimento de reativar uma possessão sobre um período perdido em sua vida é um aspecto imprescindível ao tratamento. Vejamos, por fim, as palavras de Winnicott: “Sem esse domínio firme, uma criança é incapaz de descobrir o impulso, e só o impulso encontrado e assimilado é passível de autocontrole e socialização” (Winnicott, 1964c, p.178).

3.5

O desenvolvimento em termos de verdadeiro e falso *self*

Antes de tudo, ao analisar as formulações de Winnicott sobre as categorias de verdadeiro e falso *self*, devemos ter em mente o componente relacional destas duas organizações presentes no indivíduo¹⁸. Dessa forma, pretendemos mostrar nas linhas abaixo a imprescindível articulação entre estes dois modos de ser, motivo pelo qual elencamos algumas breves passagens de Winnicott:

Os casos nos quais baseio o meu trabalho apresentam o que chamo de verdadeiro *self* oculto, protegido por um falso *self*. *Este falso self é, sem dúvida, um aspecto do self verdadeiro* (grifo nosso, Winnicott, 1955a, p.485)

O conceito de um falso *self* tem de ser contrabalançado por uma formulação do que poderia, com propriedade, ser denominado *self* verdadeiro (Winnicott, 1960a, p. 135).

Não há sentido na formulação da idéia do self verdadeiro, exceto com o propósito de tentar compreender o falso self, porque ele não faz mais do que reunir os pormenores da experiência de viver (Winnicott, 1960a, p. 135).

¹⁸ Citando Dessain (2011, p. 112): “Os adjetivos ‘verdadeiro’ ou ‘falso’ em referência ao Self não figuram na obra winnicottiana como predicados do sujeito, mas designam sempre o movimento de uma relação”. Aproveitamos para observar, tal qual fizemos nas descrições anteriores, que não pormenorizaremos a discussão sobre o conceito de *self*, dada a controvérsia que versa sobre ele. Recomendamos o estudo feito por Maria Ivone Accioly Lins na Revista Brasileira de Psicanálise (Lins, 2002).

Da mesma forma que em outros quadros clínicos, Winnicott explica que suas contribuições para a formulação de um falso e de um verdadeiro *self* derivam fundamentalmente de análises na quais a regressão mostra-se um elemento transferencial preponderante (Winnicott, 1954a, p.480). Explicitaremos mais adiante a relevância do processo regressivo, quando abordarmos a perspectiva terapêutica da falsificação e da autenticidade do modo de organização do *self*. Neste momento faremos uso de alguns conceitos de Henri Bergson no intuito de ampliar a compreensão do pensamento winnicottiano sobre o verdadeiro e o falso *self*. Todavia, não objetivamos dar conta de possíveis desdobramentos e repercussões das teorizações presentes na obra do filósofo francês, visto que nos restringiremos ao necessário para a explicitação do tema.

O foco deste interjogo entre Bergson e Winnicott centra-se nas formulações sobre o atual e o virtual¹⁹. Assim como as noções de verdadeiro e falso *self*, esses conceitos expressam processos imbricados entre si, um se movimentando em direção ao outro como duas tendências que se articulam entre si continuamente. Desta interpretação aproximativa entre os conceitos do filósofo francês e do psicanalista inglês, depreende-se a compreensão de um movimento que é próprio da vida e recebe sua maior expressão nos fenômenos humanos: a experiência criativa. Desse modo, a contribuição dessa relação conceitual para a abordagem winnicotiana consiste em compreender as relações entre o verdadeiro e o falso *self* como próprias ao homem em seu processo de amadurecimento a partir de seu contínuo relacionamento com o ambiente. Nessas relações, a vida se expressa como uma variação contínua de graus de proximidade entre o verdadeiro e o falso *self*, seguindo um movimento que compreende desde a criatividade originária até os estados patológicos mais acentuados.

A fim de ampliar esta aproximação, podemos afirmar que o virtual refere-se a uma potencialidade criadora que atravessa a vida em diversos níveis. Por sua

¹⁹ Apesar de não fazer referência a Bergson devemos a inspiração desta articulação ao artigo de Carlos Alberto Plastino, “O verdadeiro self: uma “essência” que é criação” (2008, não-publicado). A argumentação que utilizamos para definir os termos “atual” e “virtual” encontra-se desenvolvida em “Matéria e Memória” (2010) e se refere à distinção e articulação entre as noções de percepção e lembrança, a primeira atual e a segunda virtual. Entretanto, para termos um acesso mais objetivo a estas noções, recorremos ao segundo capítulo de “Memória e Vida” (2011), onde as passagens da obra de Bergson referentes aos temas da memória e da percepção foram selecionadas. As passagens referentes aos termos “atual” e “virtual” aparecem, sobretudo, nas sessões 24 (p. 48-9) e 28 (p. 57-9). Por fim, grande parte da leitura feita neste trabalho situa-se na apropriação realizada por Deleuze acerca dos conceitos de Henri Bergson (2008).

vez, o atual corresponde à dimensão presente e concreta da existência. Segundo Bergson (2011), estas duas dimensões da realidade e da vida não podem ser pensadas separadamente, mas em constante relação. A virtualidade, quando tomada isoladamente, não poderia criar qualquer coisa, pois necessita da dimensão atual para ganhar corpo. Seguindo essa mesma lógica, não se poderia compreender como o atual se cria e se transforma se considerarmos sua existência isolada, isto é, sem estar em relação com a potência criadora do virtual. Assim, o processo que resulta dessa relação é a atualização do virtual, que deve ser compreendido como uma verdadeira criação²⁰. No entanto, embora a atualização faça operar sempre novas criações, fomentando imprevistas experiências, o seu produto, uma vez constituído, expressará uma tendência de repetição que visa contribuir para conservação e adaptação do ser vivo. Tem-se aí, portanto, uma relação paradoxal em que o atual, ao mesmo tempo em que tem sua constituição ou mudança garantida pela relação com a dimensão virtual, resiste a ela, uma vez criado, como um obstáculo à mudança e a novas criações.

Do mesmo modo, numa interpretação winnicotiana dessa perspectiva filosófica, o verdadeiro *self* corresponderia a esta potência criadora do virtual que se relaciona continuamente com a dimensão adaptativa do falso *self* que serve de obstáculo à sua expressão. No entanto, devemos compreender essa função do falso *self* como comportando ora um papel de mecanismo defensivo do verdadeiro *self*, protegendo-nos dos processos invasivos, ora como um impedimento à sua emergência, radicalizando a resistência à criação. Assim como a dimensão atual do vivo, o falso *self* (dependendo do seu grau) se constitui como uma tendência repetitiva que visa a manter uma organização subjetiva homeostática. Imbricada a este modo de organização falso *self*, a potência criadora do verdadeiro *self* corresponde à dimensão virtual do vivo que opera uma contrarresistência a essa tendência à repetição, permitindo-lhe acessar sua criatividade.

²⁰ Enfim, o virtual consiste numa dimensão do real, embora não seja atual. Devemos compreendê-lo como a insistência daquilo que não é dado e que cria ao se atualizar, de maneira que ele não possui existência psicológica. De outro modo, o virtual não pode ser considerado como algo que se realiza, pois se assim o fosse, ele já existiria sob a forma de uma realidade mental possível. Por fim, o virtual é aquilo que se atualiza, e que se cria no instante mesmo de sua atualização, porém, que deixa de ser virtual por conta desta atualização mesma. Ele se expressa na medida mesma em que deixa de ser virtual e muda de natureza, dando origem a uma existência atual ou psicológica. Assim, enquanto sujeito da atualização, o virtual age, e sua ação se faz precisamente na medida em que ele deixa de ser em si, para criar alguma coisa da qual difere em natureza. A atualização do virtual ocorre, por sua vez, por uma diferenciação, e sua diferenciação é como uma “passagem”, uma transformação, uma criação (Deleuze, 2008).

Nesse sentido, tal imbricação da virtualidade do *self* espontâneo com a atualidade do falso *self* permite o lançamento deste último à dimensão da indeterminação, da mudança e da criação. Para tanto, este processo precisa ser engendrado por uma ambiência satisfatória que promova um solo para a germinação das forças vitais presentes no indivíduo e, como consequência, forneça um aporte para a experimentação do gesto espontâneo.

A tentativa, sempre trabalhosa e complexa, da adaptação do analista ao modo de subjetivação do analisando (tal como se verifica na díade mãe-bebê) é, pois, a oportunidade de atualizar uma potencialidade virtual do indivíduo. Tal processo, que consiste na formação de uma ambiência acolhedora (como dimensão “atual”) apresentada ao paciente pelo terapeuta, redefine as fronteiras até então vigentes entre estes dois modos de vida do *self* — o falso e o espontâneo — permitindo assim a instalação de um fluxo, onde outrora vigorava uma fronteira rígida. Retomaremos de forma mais detalhada toda esta questão do virtual e do atual no tocante ao tratamento, após explicitarmos melhor a etiologia do verdadeiro e do falso *self*.

De acordo com a perspectiva winnicottiana que vimos apresentando, a qual ressalta a interface entre ambas as modalidades do *self*, torna-se possível classificar cinco níveis de organização do falso *self*, que variará de uma extremidade mais patológica até o seu uso em uma situação de normalidade.

No tocante ao grau exacerbado, ou de maior característica patológica, deflagra-se uma sólida ocultação do verdadeiro *self* na qual a realidade do falso *self* torna-se imperativa e perpetuadora de uma penosa clivagem e submissão do indivíduo ao meio. Em um polo menos extremado de predominância do falso *self*, verificaremos a função defensiva deste no que tange ao *self* espontâneo. A contrapartida para esta intensa atuação da falsa personalidade ocorre na permissão de uma vida secreta e na visualização do verdadeiro *self* como fonte de potência (Winnicott, 1960a).

O que Winnicott compreende como uma dimensão quase equidistante entre a patologia e a normalidade, pendendo para uma dimensão salutar do indivíduo, diz respeito a busca de condições que viabilizem a emergência do verdadeiro *self*. Já a noção de um falso *self* muito próximo de uma normalidade ocorreria quando este fosse moldado primariamente por identificações com pessoas cuidadosas, tendo como função precípua a proteção do *self* espontâneo. A dificuldade neste

caso dar-se-ia no grau de flexibilidade e remanejamento do indivíduo em relação a essas identificações. Finalmente, a visão winnicottiana de saúde que inclui a organização de um falso *self* na dinâmica de vida do indivíduo alude a todos os aspectos referentes à polidez e teatralidade concernentes a uma sociabilidade construtiva²¹.

A descrição etiológica do verdadeiro e falso *self* contorna, como sempre na obra de Winnicott, a relação primária entre a mãe e o bebê. É interessante notar que, em uma palestra proferida no ano de 1964, Winnicott tenha usado a questão da “integridade” pessoal para se referir aos problemas que afetam o verdadeiro *self* (Winnicott, 1964d). Ou seja, tanto no que tange à questão etiológica quanto no manejo de casos cuja relevância se encontra no jogo entre verdadeiro e falso *selves*, teremos como pano de fundo um processo integratório em destaque.

Para exemplificar tal princípio, voltemos nossa atenção para um artigo citado por nós anteriormente: “Psicose e cuidados maternos”. Nesse texto de 1952, o psicanalista inglês descreve as complicações advindas de um fracasso ambiental que produz distorções na organização meio ambiente-indivíduo. Essas falhas adaptativas podem ocasionar um alto grau de cisão no sujeito e, dessa forma, seduzi-lo para uma vida falsa. Há, portanto, uma preponderância de reações que ocupam o lugar do agir espontâneo e todo esse processo pode produzir um falso *self* que, mesmo satisfatório à percepção de quem observa, na verdade tem como alicerce uma esquizofrenia latente. Nas palavras do autor: “O falso *self*, desenvolvido sobre uma base de submissão, não consegue atingir a independência da maturidade, exceto talvez uma pseudomaturidade em um meio ambiente psicótico” (Winnicott, 1952b, p. 382).

Analisando ainda pelo viés das tarefas maturacionais os problemas decorrentes desta dinâmica do *self* espontâneo com o aspecto falso da

²¹ No que tange ao exercício de uma inautenticidade indispensável para a vida em sociedade, Rodolfo destaca que a função da “falsidade” é fundamental aos vínculos humanos, mesmo em relações tidas como íntimas. Dessa forma, ao depurarmos nossa concepção sobre os pressupostos que embasam os laços pessoais, podemos “sair do velho clichê do ‘social’ como ‘superficial’” (Rodolfo, 2009, p.244; tradução nossa). Corroborando a visão acima, Ortega destaca “Uma forma de tratar os outros como estranhos, pois usar uma máscara, cultivar a aparência, *constitui a essência da civilidade*, como modo de fugir da identidade e de criar um vínculo social baseado na distância entre os homens que não deseja ser superada” (Ortega, 2000, p.113; grifo nosso) e que “Essa faculdade de uma sociabilidade sadia e criativa perde-se na sociedade ‘íntima’” (idem). Expusemos as visões desses dois autores no intuito de mostrar como características de impessoalidade, aparência e urbanidade são intrínsecas à manutenção da vida pública, e como essas práticas se coadunam com as teorizações de Winnicott acerca da necessidade de existência de um falso *self*.

personalidade, verificamos uma modalidade específica do falso *self* edificada à época do processo de personalização. Esta configuração particular adotada em contraponto a uma errância (instabilidade) do ambiente é vivida por uma hipertrofia do funcionamento mental – ou seja, verifica-se um processo dissociativo entre a mente e o psique-soma no qual o intelecto assume as funções de cuidado e controle psicossomático.

Enfim, essa jornada de falência dos cuidados maternos oferecerá o solo para a produção de um falso *self* erigido como defesa para as agonias impensáveis e as fraturas advindas de uma ambiência errante. A constituição desse falso si-mesmo também possui a função de esculpir uma proteção para o verdadeiro *self* (tendo em vista que estabelece uma fronteira) contra eventuais ressonâncias dos acontecimentos traumáticos relatados acima.

Descreveremos agora, por outro lado, o desenvolvimento saudável gestado em uma base de continuidade de ser e cujo senso de *self* conjuga-se no indivíduo com o fato de este sentir-se real. Quando os cuidados ofertados ao lactente pelo meio circundante ocorrem de forma suficientemente boa, significam que eles lograram êxito em atender à alucinação sensorial e ao gesto espontâneo do bebê. Um caminho singular percorrido nesse processo faz parte do olhar do bebê que vê a si mesmo refletido na face materna. A possibilidade de ser visto e ver a si mesmo adensam os pilares da apercepção e da criatividade. Experimentar o olhar da mãe que habita a si mesma (isto é, que presentifica-se nas provisões ao seu filho, não estando desatenta ou ausente) enriquece e dá lugar ao reconhecimento paulatino de seus sentimentos. Como nos relata Philips (2006), a atitude responsiva da mãe constrói no indivíduo o sentido de si mesmo, bem como permite a emergência do verdadeiro *self*

O destino harmonioso ou conflituoso do *self* espontâneo dependerá, dentre outras condições, de uma transição da percepção subjetiva para uma objetivamente percebida ditada pelo próprio ritmo da criança. Se, por um lado, é a devoção materna através do olhar reconhecedor que disponibiliza o sentimento de realidade do *self*, por outro, é o respeito pela onipotência idiossincrática do indivíduo que capacita a experiência de conferir o estatuto de realidade aos objetos à medida que o lactente encontra “realmente aquilo que ele cria, e a criar e vincular isso com o que é real” (Winnicott, 1970b, p.34).

É curioso notar que Winnicott não discorre de maneira mais consubstancial sobre o que seria o verdadeiro *self*. Em nossa opinião esta ausência de definição revela, sobretudo, o caráter não essencialista deste modo de ser – o que, por sua vez, aponta para o movimento singular presente em cada sujeito. O autor inglês nos oferece, entretanto, uma indicação preciosa sobre a expressão e a etiologia do *self* espontâneo: ele aparece logo quando existe uma organização mental do indivíduo “e isso quer dizer pouco mais do que o somatório do viver sensório-motor” (Winnicott, 1960a, p.136).

Posteriormente e de forma gradativa, o verdadeiro *self* alcança complexidade. Com isso, inicia um relacionamento com a externalidade por meio de processos naturais que advém das aptidões desenvolvidas pelo infante ao longo do tempo. O vivente passa então a ser capaz de reagir aos estímulos sem traumatismo, visto que as incitações encontram compensações na realidade psíquica do indivíduo. Segundo Winnicott:

O lactente então encara todos os estímulos como projeções, mas este é um estágio que não é necessariamente atingido, ou que é apenas parcialmente atingido, ou que é atingido e perdido. Tendo este estágio sido atingido, o lactente se torna capaz então de manter o sentimento de onipotência, mesmo quando reagindo a fatores ambientais que o observador pode discernir como verdadeiramente externos ao lactente (Winnicott, 1960a, p.136).

Nessa perspectiva, após cada ocasião na qual o verdadeiro *self* não é obstruído, revigora-se o sentimento de realidade (de ser real) do indivíduo, aumentando assim sua condição de suportar rupturas na continuidade da existência do *self* espontâneo – bem como se intensifica a capacidade de tolerar as experiências reativas e submissas oriundas do relacionamento do falso *self* com o meio ambiente.

É oportuno observar que o verdadeiro *self* desenvolvido ao longo de um autêntico amadurecimento pessoal conduz a experiências vitais para qualquer ser humano. Dentre elas, a experiência de uma vida criativa, indissociada do sentimento de que ela (a vida) “vale a pena”. A pré-condição do fazer criativo, o fato de contar com um sentimento de existência e operar a partir desta posição básica, por sua vez, exige uma predominância do “fazer-pelo-impulso sobre o fazer-reactivo” (Winnicott, 1970b, p.23).

Winnicott é claro ao afirmar que cada indivíduo é atravessado pelas duas modalidades de *self*. Quando as condições externas são favoráveis e permitem a expressão da criatividade, podemos dizer que o verdadeiro *self* predomina como modo de organização do sujeito. Todo o problema, portanto, refere-se à demarcação de fronteiras rígidas entre o verdadeiro e o falso *self*. A partir deste interjogo do *self* espontâneo com a falsa personalidade, uma indicação clínica mencionada por Winnicott centra-se no fato de que, quando existe um sentimento de irrealidade, provavelmente estaremos vendo em ação o falso *self*. Nesse sentido, um dos possíveis movimentos do indivíduo é a provocação deliberada ao meio, no intuito de sentir-se real (Winnicott, 1964d).

Tendo em vista as especificidades das explicações acima, adentraremos agora as consequências e as implicações do manejo clínico com os polos do verdadeiro e do falso *self* do paciente. Entretanto, da mesma forma que expusemos a questão terapêutica dos outros tipos clínicos, procuraremos (sem delongas) abordar alguns pontos basilares do tratamento e deixaremos para o próximo capítulo as sutilezas e os refinamentos das considerações de Winnicott quanto à postura do analista.

Inicialmente é inacessível ao terapeuta algum grau de comunicação com o verdadeiro *self* junto a um paciente que apresenta uma modalidade exacerbada de relação com seu falso *self*. Esta é, pois, a configuração atual que se apresenta no início da análise. Decorre, então, todo um trabalho do analista para a instauração de um clima de confiabilidade e posterior regressão – o que permitirá o acesso à potencialidade virtual do *self* espontâneo a partir de uma queda das defesas ou obstáculos erguidos pelo falso *self*.

Este ponto de constituição do processo regressivo é primordial e, portanto, decisivo na transição do paciente para um contato com sua criatividade originária. Sabemos que a regressão leva inevitavelmente a um movimento de enorme dependência e é justamente neste momento que surge um grande risco para o trabalho terapêutico. A partir de então duas consequências são possíveis. Pode acontecer que o indivíduo transfira a função do falso *self* ao analista, de modo que o terapeuta personifique sua organização patológica. Ou ainda, é possível que o analista falhe na compreensão dos novos acontecimentos vivenciados no *setting* clínico – desperdiçando, assim, uma grande oportunidade – o que pode levar ao

paciente a uma dependência de terceiros, sendo tal fato, na realidade, uma “regressão disfarçada à dependência” (Winnicott, 1960a).

Partindo desse prisma, Winnicott contraindica este tipo de atendimento aos analistas que não possam prover os cuidados indispensáveis às necessidades do paciente com um quadro de falso *self*. A face prejudicial deste tipo de trabalho clínico reflete-se em análises que perduram indefinidamente.

[...] pode-se dizer que o falso self (como as projeções múltiplas em estágios posteriores do desenvolvimento) ilude o analista se este falha em verificar que, encarando como uma pessoa atuante integral, o falso self, não importa quão se posicione, carece de algo, e este algo é o elemento central essencial da originalidade criativa (Winnicott, 1960a, p.139).

O acesso a uma vida criativa pelo paciente só emerge como campo de viabilidade se, como dissemos acima, o analista assume a relevante função de cuidar do falso *self* de seu analisando. Cuidar, aqui, significa incumbir-se em gerar um ambiente de *holding* para o paciente, acompanhando e acolhendo seus elementos já atualizados que se configuram como seu modo de organização do falso *self*, permitindo que o indivíduo passe de um estado retraído para um estado regredido. Sendo assim, o vivente tem a condição de ter uma experiência de indeterminação (provocada pelo atravessamento do virtual na atualidade do falso *self*), o que lhe possibilita abrir mão de suas defesas que até então vigoravam, ou até mesmo desfazer o alto grau de clivagem presente em seu falso *self*.

Nesse sentido, um postulado fundamental de Winnicott obtido em sua longa trajetória de acolhimento clínico concerne ao fato de que com pacientes falso-*self* a evolução do tratamento ocorre, sobretudo, quando o analista reconhece “a não-existência do paciente” (em detrimento de um trabalho que vise aos mecanismos de defesa egoico). Mas, afinal, o que significa o reconhecimento desta não existência do paciente? Essa constatação exprime a condição de ausência de algum aspecto vital do indivíduo, o que é indicado pelo psicanalista inglês nos seguintes termos: “‘Você não tem boca’, ‘Você ainda não começou a existir’, ‘Fisicamente você é um homem, mas você não sabe por experiência nada sobre masculinidade’, e assim por diante” (Winnicott, 1960a, p. 138 e 139). Posto isto, se todas essas observações acontecem respeitando o tempo singular de cada

paciente, elas engendram forças e vetores para a emergência do verdadeiro *self*²² à medida que desvelam a submissão produzida pelo falso *self*.

Este tipo de abordagem terapêutica caminha em direção oposta ao funcionamento enfadonho próprio ao falso *self*, pois vai ao encontro da esperançosa necessidade do paciente de entrar em contato com o seu potencial criativo e, conseqüentemente, ao seu apelo em prover um lugar ao gesto espontâneo. Tendo como alicerce as formulações acima, lembremo-nos das palavras de Winnicott:

Tudo o que fazemos numa psicanálise bem-sucedida é desatar os nós do desenvolvimento e liberar os processos evolutivos e as tendências hereditárias do paciente. Na verdade podemos, de uma forma muito curiosa, alterar o passado do paciente, de tal forma que um paciente, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, pode transformar-se em uma pessoa que tenha tido um ambiente de facilitação suficientemente bom, e cujo desenvolvimento pessoal possa, portanto, ter ocorrido, ainda que tardiamente (Winnicott, 1968a, p. 91).

²² No artigo “Retraimento e Regressão” Winnicott (1954c) relata a análise feita por ele com um homem de 30 anos, que o autor classifica como esquizóide-depressivo. Este caso, também relatado em seu livro “Holding e Interpretação” (Winnicott, ano), é exemplar do desenvolvimento da transferência rumo a um contato com o verdadeiro *self*. Abordaremos esse exemplo clínico mais detalhadamente no próximo capítulo, a fim de explicar o conceito que denominaremos de “Interpretação- *Holding*”.

4

As vicissitudes da clínica

As múltiplas e heterogêneas formas de atuação do analista possuem, sem dúvida, um representante à altura na figura de D.W.Winnicott. Ao percorremos seu legado clínico-teórico, transitaremos por experiências tais como as “consultas terapêuticas”, o “jogo da espátula”, palestras radiofônicas, consultor governamental, entre várias outras. Não se trata aqui de discutir até que ponto essas ações são estritamente psicanalíticas ou não. A proposta clínica de Winnicott, como se pode depreender deste trabalho e que esperamos que fique mais claro neste capítulo, perpassa sempre o que se configura como necessidade imperativa do paciente, mesmo que determinada condução do analista fuja do que seria uma diretriz habitual vigente (a qual o autor denomina de “análise padrão”). Em suas palavras:

Se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim? (Winnicott, 1962c, p. 155).

Esta consequência clínica deriva da longa jornada percorrida por Winnicott como pediatra infantil e de seu vasto atendimento a pacientes que requeriam uma outra conjuntura de trabalho clínico. Em um texto escrito três meses antes de seu falecimento, Winnicott destaca a grande contribuição para o seu ofício como psicanalista, supervisionando o trabalho institucional de David Wills na assistência a meninos com tendência antissocial:

Continuo falando a respeito de David Wills não só porque esta é a *David Wills Lecture* mas também porque, para mim, observar seu trabalho foi um dos primeiros impactos educacionais *que me fizeram entender que existe algo em psicoterapia que não se descreve em termos de interpretação certa no momento certo*” (Winnicott, 1970d, p.251; grifo nosso). E ainda: Na assistência residencial é possível fornecer certas condições ambientais que, de fato, precisamos entender mesmo quando estamos fazendo psicanálise rigorosamente clássica (Winnicott, 1970d, p.253).

Nesse discurso, podemos verificar a relevância do que Winnicott denominou ao longo de sua obra como “manejo” (*management*)²³, seja no plano clínico ou em sua teoria do amadurecimento. Por outro lado, delimitar e descrever o exercício do manejo não é tarefa das mais fáceis, tal como verificamos no esforço feito pelo autor no intuito nos aproximar do tema. Acreditamos, por sua vez, que a própria dificuldade de delineamento deste processo no plano clínico seja inerente às raízes das quais esta formulação winnicottiana brota — a díade mãe-bebê. De fato, quais são os cuidados que uma mãe devotada presta ao seu bebê?

Estamos, pois, expostos aos obstáculos nas descrições das inúmeras e sutis formas de adaptação concernentes a uma mãe suficientemente boa com seu filho. Contudo, cabe-nos pelo menos a tentativa de explicitação de alguns elementos centrais desta relação de manejo materno, visto que ela serve como eixo norteador da prática analítica postulada por Winnicott.

Um primeiro aspecto decisivo do manejo refere-se à identificação da mãe com o lactente. À época do estado de preocupação materna primária, a mãe passa a ser habitada por um alto grau de sensibilidade que lhe permite dedicar-se às necessidades de seu bebê, provendo-lhe os cuidados necessários no seu devido tempo. Outra apreciação do campo de manejo refere-se mais especificamente aos cuidados envolvidos nas dimensões do *holding* e do *handling* (Safra, 1995).

O *holding* remete-nos a toda dimensão dos cuidados ofertados à criança, catalisados principalmente pelas experiências sustentadoras que, ao longo da vida, vão se complexificando e ganhando novos formatos. A partir dessa sustentação mais ampla oferecida ao lactente (*holding*), encontramos o manuseio físico (*handling*) auxiliando o lactente nos processos de integração e personalização — experiências decisivas para a saúde psíquica ao longo das diversas etapas maturacionais (Graña, 2007).

Tomando como pano de fundo essas experiências afetivas vivenciadas na tenra infância, advindas de uma relação intensa e dinâmica entre aquele que cuida

²³ Robert Rodman comenta que em uma conversa com Marion Milner, no ano de 1988, esta lhe disse que o conceito de manejo em Winnicott originou-se no tratamento de uma paciente suicida (Barbara Corke). Neste caso, a secretária de Winnicott, Joyce Coles, era constantemente solicitada a auxiliá-lo, sobretudo, quando Corke tinha de ser atendida fora do consultório. Por exemplo, quando o atendimento era feito na residência, Winnicott pedia a Coles que fosse junto, para fazer chá e compras para Barbara. Destaca-se, especificamente o manejo requerido por esta paciente, tanto na esfera da sessão propriamente dita, quanto fora dela. (Rodman, 2003, p.397).

e quem é cuidado, procuraremos abordar na sequência deste capítulo os desdobramentos e a utilização desta dinâmica de manejo materno como fonte de possibilidades terapêuticas no espaço clínico.

Contudo, antes de prosseguirmos nesta tarefa, faz-se necessária uma observação sobre as funções e atitudes que circunscrevem o campo do manejo tal como formulado por Winnicott. Neste ponto, a discussão pertinente e que serve aos propósitos desta dissertação abrange o fato de a atividade interpretativa pertencer ou não ao processo que o psicanalista inglês denominará como *management*.

Em que pese a opinião de vários autores contemporâneos sobre a ampliação da função interpretativa na análise (Coelho Junior & Junqueira, 2008), bem como a preocupação com uma leitura equivocada e superficial da interpretação em contraponto ao manejo winnicottiano (Naffah Neto, 2010), ainda vemos tal polarização em trabalhos recentes. Como exemplo, recorreremos ao artigo de uma estudiosa da obra de Winnicott, a psicanalista brasileira Elsa Dias. O próprio título de seu texto, “Da interpretação ao manejo” (2011), dá ensejo a um ponto de vista dicotômico entre estes dois processos analíticos. A investigação que a autora propõe coloca o manejo winnicottiano como uma tarefa terapêutica que ultrapassa o aspecto interpretativo, se tomarmos este último elemento em sua acepção formal e tradicionalmente concebida pela sociedade psicanalítica da época vivida pelo autor inglês²⁴.

Com efeito, portanto, é necessário resumidamente²⁵ historicizar a prática interpretativa na época de Winnicott, a fim de contextualizar o modo como ele concebe esta tarefa analítica. Inicialmente, na constituição do processo analítico, a interpretação objetivava revelar um episódio traumático acontecido na história de vida do sujeito. Após o desenvolvimento das formulações freudianas, com o destaque dado ao papel da fantasia na composição psíquica, a atitude interpretativa dirige-se tanto ao desejo recalcado quanto às resistências que impedem o acesso ao material obstruído.

É verdade que, ainda sob o efeito do embate entre Klein e Anna Freud, além das ressonâncias da teoria freudiana, Winnicott concebe a interpretação em vários

²⁴ Aqui, estamos fazendo referência à influência da psicanálise freudiana ortodoxa.

²⁵ Ao mesmo tempo, não é nosso intuito versar sobre todas as transformações e nuances do processo interpretativo na história do movimento psicanalítico, visto que tal tarefa é impossível perante os limites desta dissertação.

momentos de sua obra no sentido mais restrito do termo como uma “[...] comunicação feita ao sujeito, visando dar-lhe acesso a esse sentido latente, segundo as regras determinadas pela direção e evolução do tratamento” (Laplanche, 1994, p.245). Interessa-nos nessa questão, todavia, acentuar um outro papel atribuído pelo autor inglês à atividade interpretativa – ou seja, a existência de interpretações que servem, elas mesmas, como uma espécie de manejo.

É sobre esta última vertente instrumental do processo interpretativo que acreditamos ser necessário lançar luz, tendo em vista recorrentes leituras unilaterais e compartimentadas da prática analítica winnicottiana. Nesse intuito, voltemo-nos novamente para o artigo de Elsa Dias. O interessante é que, apesar de a autora contrapor a interpretação ao *holding*, no próprio desenvolvimento do texto ela observa a existência de interpretações que atendem a uma necessidade de manejo (Dias, 2011). Ora, se a própria psicanalista reconhece o fato de haver interpretações cuja função permeia o manejo, por que colocá-los como duas dimensões distintas? Trata-se, portanto, de uma questão de enfoque dos elementos que a autora reconhece como pertinentes ao campo clínico. Por conseguinte, mesmo levando em consideração a opinião da psicanalista brasileira, defendemos a ideia de que, ao darmos uma nomeação para essa modalidade interpretativa, podemos evitar desnecessárias controvérsias e enganos, impedindo possíveis leituras reducionistas da obra winnicottiana²⁶.

Em virtude de uma parte considerável dessas elaborações interpretativas assumirem o formato de *holding*, e sendo ele uma perspectiva do manejo, justificamos nossa designação dessa experiência analítica como “interpretação-*holding*”. Nessa medida, apostamos que tal postulação desfaria inúmeras dúvidas acerca de suas possibilidades clínicas, ao mesmo tempo em que evitaria uma espécie de polarização: a interpretação e o manejo formando duas atitudes diametralmente opostas. Confiamos também na importância de realçar as diferenças intrínsecas aos dois processos, bem como seus pontos de convergência.

Portanto, na expressão por nós intitulada de “interpretação-*holding*” destacamos a colocação do hífen como um traço de união que auxiliaria na

²⁶ Abraham (2000), em seu dicionário de expressões e palavras utilizadas por Winnicott, põe em destaque no tópico sobre o manejo a abordagem do *holding*. Além disso, também corrobora nossa posição de incluir a interpretação como ferramenta de manejo clínico: “Em termos de relação analítica é o setting, a atenção dispensada pelo analista, **juntamente com o trabalho interpretativo, que criam o ambiente de holding que norteia as necessidades psicológicas e físicas do paciente**” (Abraham, 2000, p.139; grifo nosso).

manutenção de um caráter relacional destas duas dimensões de acolhimento ao paciente. Assim, este recurso adotado na formatação do conceito (marcação da diferença entre os termos) contribui para a explicitação do aspecto funcional e operacional presentes nos dois procedimentos analíticos, mantendo uma concepção de experiência clínica em que sobressaem os encontros e desencontros entre ambos os elementos terapêuticos, ao mesmo tempo em que conseguimos evitar a redutibilidade de um a outro. Pretendemos, em última instância, conservar a riqueza que se presentifica nas diferenças (singularidade) desses dois processos fundamentais ao campo psicanalítico.

É interessante observarmos um comentário feito por Winnicott sobre a finalidade de seu papel como analista no trajeto clínico. Em particular, ele pontua algumas características que a seu ver permitem a manutenção de um ambiente terapêutico. Afirma o autor: “Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de: me manter vivo; me manter bem; me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem” (Winnicott, 1962c, p.152). Figueiredo, desenvolvendo esta última afirmação do autor inglês, acentua que “ser-si-mesmo” (*being himself*) refere-se a uma qualidade analítica onde implicação do terapeuta convive permanentemente com uma dimensão de reserva, na qual o portar-se, ou comportar-se bem, assume uma função mediadora e instauradora do “vir-a-ser do analisando” (Figueiredo, 2008, p.113).

Nesse sentido, cabe ao analista fiar-se no delicado equilíbrio entre uma plena presença de sua pessoa e uma espécie de ausência (que comporte uma experiência de comparecimento) viabilizando, assim, um espaço potencial em que se possa “estar só, acompanhado”. Ao fazermos alusão às modalidades do *holding* e da interpretação, devemos ter em mente este funcionamento do analista que contribui para a transformação e reformulação das diversas organizações psíquicas, pois, quer ficando em silêncio, quer formulando uma interpretação, o analista revela algo de si mesmo, algo de sua singularidade (Bonaminio, 2011).

No artigo “Os objetivos do tratamento analítico” (1962), o psicanalista inglês cita as condições subjacentes que o levam a exercer uma “análise modificada”. Entre elas encontram-se: um quadro onde o fator preponderante é o medo da loucura; situações nas quais a organização do falso *self* é dominante e solicita uma interrupção dessa vivência; casos cuja privação acarreta em tendência antissocial; momentos em que a configuração subjetiva entre a realidade psíquica

interna e a realidade externa está relativamente desconexa; circunstâncias onde uma figura materna ou paterna doentia prevalece na subjetividade do paciente (Winnicott, 1962c).

Mesmo com a referência aos diversos quadros clínicos enumerados acima, o percurso terapêutico por eles transitará quase inevitavelmente entre as três esferas de atuação do analista, tal como ressaltadas neste capítulo: o *holding*, a interpretação-*holding* e a interpretação propriamente dita. A esse respeito, talvez o ponto crucial para nossa implicação no que se possa (ou não) denominar por “manejo clínico” seja evitarmos a formalização de modelos para as diversas ferramentas clínicas utilizadas pelo terapeuta.

Ao destacar as circunstâncias analíticas que promovem mudanças na técnica clássica, Winnicott não defende o seu expurgo ou mesmo sua inutilidade no *setting* terapêutico. Essa constatação, inversamente, vai na contramão de uma atitude que separaria as inúmeras modalidades de atuação do analista, mesmo porque o que está em jogo é o processo vivenciado pelo paciente, em sua necessidade ou não de ser sustentado por este ou aquele recurso terapêutico. Todo esse entrelaçamento pode, por exemplo, ser vislumbrado em uma indicação feita por Octávio Souza:

Na prática analítica das neuroses, a função de *holding* da interpretação se apresenta, no mais das vezes, misturada com os aspectos do trabalho analítico até aqui examinados da interpretação em sua função de reconhecimento do desejo e de responsabilização, e em sua função de elaboração imaginativa dos movimentos destrutivos do processo defensivo (Souza, 2007, p.34).

Em outras palavras, os esforços empreendidos na tentativa de ilustrar a descrição da atividade clínica winnicottiana nos levam inevitavelmente ao cerne da experiência analítica, cuja fonte corresponde à comunicação e à possibilidade de não comunicar-se. Essa ideia pode esclarecer a polissemia da interpretação, tal como proposta por Winnicott, visto que o papel do analista gira em torno da possibilidade de abrir caminhos para a ampliação do contato entre dois seres humanos. Nesse encontro aberto, em que vigora uma experiência compartilhada – na qual a partilha pode ser justamente a ação de não partilhar (núcleo incomunicável) – a oportunidade de construir pontes pelo mar da

transicionalidade é enriquecida pela prática interpretativa²⁷. Esta, por sua vez, é abastecida eminentemente por uma dimensão silenciosa, alicerçada em um plano de confiabilidade, circunscrito e explicado por nós neste trabalho pelo espaço de *holding*.

Os procedimentos e ferramentas adotados por Winnicott, dentre eles a interpretação, não se limitam ao campo representacional, mas dirigem-se principalmente à dimensão da existência, presente na questão do viver e do não-viver, do sentir-se, ou não, real. A partir dessas considerações, ressaltamos que toda a nossa reflexão sobre o manejo clínico winnicottiano, e a divisão didática aqui estipulada – *holding*, interpretação-*holding* e interpretação –, possui como função precípua o melhor delineamento do tema. Somos sabedores de que, no campo vivo da clínica, no seu fazer diário, tais circunscrições são bastante permeáveis – elas estão permanentemente em regime de mudança. É como afirma o próprio Winnicott: “No meu tipo de trabalho clínico, consegui provar, pelo menos para mim mesmo, que um tipo de análise não impede o outro. Encontro-me indo e vindo de um para o outro, de acordo com a tendência do processo inconsciente do paciente” (Winnicott, 1955a, p.488).

Procuramos, dessa forma, uma orientação mínima no fazer clínico que retire qualquer formalização dogmática e rígida da experiência analítica. Os caminhos que abrem espaço para o verdadeiro *self* não podem ser outros, senão acolher a criatividade, e fertilizar o terreno potente/potencial – o espaço potencial – de onde brota a inventividade pessoal.

4.1 Holding

A tônica que rege a clínica winnicottiana perpassa sempre o primado da qualidade do encontro entre terapeuta e paciente. Acoplada a esta concepção de abordagem analítica – a função *holding* –, Winnicott opera um remanejamento das condições de análise, pois toda a organização do *setting* analítico concorre para a promoção de uma atmosfera de segurança e confiança, na qual ambos os elementos reproduzem aspectos imprescindíveis de uma boa maternagem.

²⁷ É nesta vertente que se dirige Bonaminio: “o que é “transicional”, “potencial”, “intermediário” é o espaço criado no qual ocorre a interpretação” (Bonaminio, 2011, p.81).

Ogden (2010), explicando o conceito de holding em Winnicott, realça o caráter relacional da experiência de continuidade do ser (o fato de estar vivo) com a dimensão temporal (fluir da vida). A mãe, em seu estado de preocupação materna primária, transforma o traumatismo de um tempo extemporâneo ao bebê (tempo milimetricamente marcado em relógios e calendários) em uma temporalidade própria ao lactente, na qual se cria a ilusão para o infante de uma duração e fluxo em que os acontecimentos parecem suceder-se no ritmo próprio às suas necessidades.

Assim, o campo analítico é modulado de forma a se tornar o que Winnicott convencionou chamar de “ambiente especializado”. Especializado no sentido de o terapeuta atentar às especificidades de uma subjetividade que requer, antes de tudo, uma ambiência que favoreça os processos de simbolização. É justamente por essa composição facilitadora de um contato sensível com o paciente que o analista deve guiar-se, colocando em segundo plano uma perspectiva clínica orientada pelas traduções e decifrações do inconsciente.

O fio condutor da análise, portanto, deve reconhecer implicitamente a tendência do paciente à desintegração, ao cair para sempre, à despersonalização, ao cessar de existir; enfim, as agonias impensáveis que espreitam o indivíduo em seu percurso de existência (Winnicott, 1963e). Essa constatação clínica conduz fundamentalmente a um movimento no qual:

Não há como recordar experiências muito primitivas, a não ser vivenciando-as novamente, e como estas experiências foram por demais dolorosas na época (uma vez que surgiram quando o ego estava desorganizado, e o ego auxiliar da mãe estava imperfeito), o ato de vivenciá-las de novo *deve ocorrer em uma situação cuidadosamente preparada e testada, como no contexto propiciado pelo psicanalista* (Winnicott, 1964e, p. 38; grifo nosso).

Diante disso, destacamos agora a contribuição dada por Ogden (2010), através de um caso clínico, em que o autor exemplifica a forma como pode prover *holding* à sua paciente – elemento central da análise. Introduzindo a questão, o autor relata que, desde seu primeiro encontro com a Srta. R, a paciente mostrou-se sobressaltada e atenta a qualquer comportamento seu:

Quando eu fazia um comentário ou uma pergunta nas primeiras fases desta análise, a paciente se assustava da mesma forma como tinha acontecido na sala de espera quando nos encontramos pela primeira vez. Não comentei sobre esse

comportamento e rapidamente aprendi a não dizer quase nada durante as sessões. Até o som de meus movimentos na cadeira eram experimentados pela paciente quase como se eu tivesse a esbofetado. Era necessário que eu ficasse o mais quieto e silencioso possível para que a Srta. R tolerasse estar comigo (Ogden, 2010, p.123 e 124).

Não por acaso, foi no alastramento da quietude de Ogden (e o analista faz questão de realçar que o único som produzido por ele provinha de sua respiração) que a paciente pôde relaxar e vir a permanecer em silêncio em encontros posteriores. A partir desta conjuntura transferencial foi suscitada no analista uma lembrança da época em que se encontrava no quarto de seu filho mais novo, quando este tinha três anos, e tentava dormir logo após acordar de um pesadelo. Ogden continua, narrando que o acalanto proporcionado a seu filho colocava o ritmo de respiração dos dois em uma cadência semelhante. O laço afetivo estabelecido entre pai e filho ganhava contornos e feições de harmonia, física e psicológica, o que levou o analista a sentir “que a paciente precisava de mim como meu filho pequeno tinha precisado. Eu estava disposto a ser usado daquela maneira pela Srta. R quando ela foi capaz de correr o risco de me usar com tamanha profundidade” (Ogden, 2010, p. 124).

Essa apresentação de Ogden evidencia, dentre outras variantes, que o estofo da experiência de *holding* concerne tanto o fornecimento de um lugar – estado psicológico – no qual o paciente possa organizar-se, como a disponibilidade do analista para sustentar esse espaço no decorrer do tempo. O cenário composto no exemplo acima reflete o percurso de uma dinâmica analítica pautada, inicialmente, em movimentos invasivos e intrusivos para uma sintonia analista-analisando onde reina uma experiência empática.

Temos em relevo, então, uma dinâmica de cuidados onde se procura formas de acolher as necessidades do indivíduo. Ao analista cabe apreender, intuir o que determinado paciente necessita e, de modo especial, destaca-se o papel da empatia nesse processo. Empatizar, como nos mostra Bolognini (2008), não é conceder aos afetos um estatuto ideal como um elemento marcado a qualquer tempo como terapêutico. A empatia que transforma advém de um meio relacional quando o analista consegue desempenhar seu trabalho justamente no ponto onde houve uma inconstância dos objetos primários na vida do paciente – dimensão na qual imperavam necessidades primitivas de constituição do *self*. A partir do texto de Ogden e do processo empático, Souza (s/d) afirma que

é útil estabelecer, no interior do campo de discussão da empatia psicanalítica, uma diferença entre os processos empáticos de sintonia afetiva e os de interpretação contratransferencial. Ambos requerem, do analista, uma disponibilidade à identificação narcísica com o seu analisando, o que o deixa, assim, exposto a emoções primitivas de natureza intrusiva, confusional ou de vazio existencial (Souza, s/d, p.11).

É nesta dinâmica do *holding* empático, portanto, que o analista abre espaço ao analisando para as vivências regressivas, ao mesmo tempo em que desnuda-se para o afloramento de múltiplos sentimentos despertados no *setting* analítico. Dentro dessa dimensão, a operação fundante (quando os processos foram inexistentes) ou mesmo de retomada de alguns alicerces psíquicos que proliferam em um contexto de *holding* do ambiente analítico ocorre em meio a um estado regressivo²⁸ do paciente.

Na medida em que o paciente está regredido (por um momento, por uma hora, ou por um longo período de tempo), o divã é o analista, as almofadas são seios, o analista é a mãe em uma certa época passada. No caso extremo, não é mais possível dizer que o divã representa o analista (Winnicott, 1954a, p.472).

Se considerarmos o estágio precoce do amadurecimento psíquico, teremos noção da dinâmica atualizada no paciente pela dimensão regressiva. Neste ponto, relata o autor inglês que “‘interno’ só significa pessoal, e pessoal na medida em que o indivíduo é uma pessoa com um *self* no processo de ser envolvido” (Winnicott, 1963a, p. 168). Note-se o vocabulário utilizado por Winnicott a fim de referir-se a esta vivência primitiva do indivíduo. “Ser envolvido” exprime a função ativa proporcionada pelo *holding* que, por sua vez, é a pré-condição necessária à constituição de um espaço interno e na manutenção das experiências de continuidade do ser do lactente.

Regressão, para Winnicott, implica a vivência do analista como objeto subjetivo²⁹. Por sua vez, “Na medida em que o objeto é subjetivo, é *desnecessário que a comunicação com ele seja explícita*” (Winnicott, 1963a, p.166). Em razão

²⁸ Lembremo-nos aqui que, ao explicitarmos a função do *holding* no processo regressivo, não estaremos afirmando sua exclusão das demais modalidades de experiência no *setting* analítico. Pelo contrário, sua atuação encontra-se presente em todas as formas de funcionamento do encontro terapêutico. Trata-se, neste caso, apenas de um recorte que realizamos a fim de realçar alguns elementos que não passam via recurso à interpretação. Ou seja, períodos específicos da análise que solicitam uma abordagem que, segundo Winnicott, esquivava-se de uma “análise padrão”.

²⁹ “Existe um estado ainda maior de regressão, no qual apenas uma pessoa está presente, o paciente, mesmo se do ponto de vista do observador existem duas pessoas” (Winnicott, 1954a, p.470).

disso, o autor inglês procura enfatizar o modo de comunicação silencioso na experiência analítica, no qual é através oferta de um jogo de espera e silêncio que o analista oferecerá o aporte imprescindível às necessidades do paciente.

Dito de outro modo, as experiências agonizantes armazenadas pelo indivíduo em seu período de vida arcaico são registradas em uma dimensão não representacional. Portanto, esse enraizamento de vivências e efeitos desorganizadores do ambiente no indivíduo não está submetido, em análise, à mesma lógica que se apresenta na recuperação de determinado material recalcado. Nesse sentido, é inábil o uso de interpretações na tentativa de transformar uma experiência fracassada em vivências enriquecedoras e criativas.

Em outras palavras, o advento deste movimento regressivo no analisando traz à cena principal do tratamento analítico uma adaptação ativa e provedora do terapeuta em detrimento de uma composição de interpretações no ambiente clínico. Assinala Winnicott que a regressão “dá a indicação do paciente ao analista de como o analista deve se comportar mais do que como ele deve interpretar” (Winnicott, 1964b, p.117), ou mesmo: “No trabalho que estou descrevendo, o setting se torna mais importante que a interpretação” (Winnicott, 1955a, p.486).

Lembremo-nos do caso clínico exposto acima e relatado por Ogden, no qual o suporte da relação terapêutica é coligado pela mediação silenciosa entre analista e analisando. É nessa perspectiva que Winnicott exemplifica casos de regressão à dependência (em análise) nos quais episódios da tenra infância podem reaparecer: urinar no divã, sujar-se, babar, entre outros fatos. De todo modo, o autor inglês pontua que o “necessário aqui não é a interpretação e, na verdade, a fala ou mesmo o movimento pode arruinar o processo e ser excessivamente doloroso para o paciente” (Winnicott, 1954a, p.473).

Assim sendo, pautado nas vicissitudes engendradas pela posição do analista (como objeto subjetivo) na análise, Winnicott acentua as precauções e perigos abarcados pelo terapeuta nesse encontro. A passagem de uma relação fundada no subjetivamente concebido para o objetivamente percebido só é possível pela constância das facilitações e sustentações abarcadas pelo analista em sua função materna. É crucial que o terapeuta atente à temporalidade própria de cada paciente, não emergindo assim no campo do analisando como uma dimensão “não eu”. Desse modo, ele não atinge e viola o núcleo incomunicável e criativo do indivíduo sob seus cuidados; pelo contrário, se nestas condições o analista respeita

os processos não integrados e vulneráveis do paciente, este pode aprender “a valorizar os momentos de *isolamento sem retraimento*, momentos nos quais permanece [vinculado] aos objetos subjetivos que são substitutos das atitudes maternas” (Costa, 2007, p.54).

Através de sua atitude alentadora e interesse genuíno, o analista propicia um novo encaminhamento à trilha pessoal seguida por seu analisando. Decorre daí que o *self* espontâneo começa a ganhar paulatinamente e, cada vez mais, terreno para sua expressão, suportando também situações de fracasso ambiental. Diante desta expressividade do verdadeiro *self*, o indivíduo pode prescindir de algumas organizações defensivas, o que leva à “sensação, por parte do paciente, de um novo sentido de *self* [...] Uma nova progressão dos processos individuais que haviam cessado” (Winnicott, 1954a, p.470).

Desde então, a partir do progressivo fortalecimento egoico, o paciente passa a expressar na situação transferencial a raiva referida ao fracasso ambiental precoce. Em síntese, as circunstâncias de aparecimento da raiva possuem como pré-condição a satisfação das necessidades primárias do sujeito; porém, quando estas não se satisfazem, o desfecho é a atualização das conjunturas adversas impostas pelo meio ao infante – portanto, para o surgimento da raiva é preciso a instauração de contínuos ciclos de experiências em análise nas quais o ego possa adquirir um maior contorno e potência (Winnicott, 1954a).

Em todo esse processo é primordial o fator de “sobrevivência do analista”. De um lado, temos o amplo espectro de ataques desferidos pelo paciente ao terapeuta através, por exemplo, de manipulações, aparecimento de delírios, acusações infundadas, dentre outros. Esses componentes emergem como tentativa de colocação do analista para “fora da área do controle onipotente” do paciente (Winnicott, 1969b, p.127). De fato, essa raiva talvez nunca tenha sido sentida pelo indivíduo em sua vida e, portanto, se aproprie agora das falhas do analista com o objetivo de vivenciá-las como falhas do ambiente.

Num tratamento bem-sucedido, o paciente se torna capaz de pôr em cena o trauma ou o fracasso ambiental e experienciá-lo dentro da área da onipotência pessoal, e, dessa maneira, com um ferimento narcísico menor. É assim que, como analistas, repetidamente nos tornamos envolvidos no papel do fracasso e não nos é fácil aceitar este papel, a menos que vejamos o seu valor positivo. Somos transformados em pais que fracassam e somente desse modo alcançamos sucesso como terapeutas (Winnicott, 1961c, p.60 e 61).

Por outro lado, existe a necessidade de que o analista possa suportar essa gama de ataques sem retaliações. Como já foi dito, essa sobrevivência amparar-se-á em uma expressão silenciosa³⁰ representada através de uma sutil adaptação ao paciente, onde predomina fundamentalmente a capacidade de resiliência do terapeuta. Ser resiliente é uma aptidão que deve tributo, assim como a mãe faz com seu bebê, às adaptações imprescindíveis ao curso da vida e ao processo de continuar a ser. É importante ressaltar que não se trata de uma atitude de indulgência ou benevolência frente às situações suscitadas no *setting* analítico, afinal de contas Winnicott é enfático ao afirmar que a regressão não se relaciona com aspectos tranquilizadores:

Não há por que descrever a regressão à dependência, com sua concomitante adaptação ambiental, em termos de tranquilização, da mesma forma que se tem toda a razão em considerar prejudicial a tranquilização em termos de contratransferência (Winnicott, 1954a, p.478).

Evidentemente, todas as experiências acima descritas assentam-se sobre a base da confiabilidade no analista³¹. O ponto de partida e o percurso necessário para a instalação da confiança são fornecidos por um terapeuta que sustente as características que viemos abordando, a saber: a sobrevivência aos ataques que lhe são dirigidos, a adaptabilidade em relação às necessidades do paciente, o uso benéfico feito pelo analisando das falhas de seu terapeuta, e assim por diante. É por esses motivos que a confiança afigura-se como o motor que propulsiona e evoca o processo regressivo, tornando-se também o pano de fundo de onde se depreendem relevantes consequências para o tratamento analítico.

³⁰ De sua vivência clínica Winnicott recolhe os indícios para a atuação do analista: “O analista preferiria interpretar, mas isso poderia prejudicar o processo e, para o paciente, poderia assemelhar-se a uma espécie de autodefesa, com o analista desviando o ataque do paciente” (Winnicott, 1969b, p.128).

³¹ Existe uma interação crucial de um ambiente primário sustentador no desenvolvimento do sentimento de confiança pelo indivíduo, o que, por sua vez, estabelece o aporte e o veículo das experiências integradoras, personalizantes e enriquecedoras do brincar e do espaço potencial. A confiabilidade na mãe é adquirida não somente com o provimento às necessidades da criança, como pela disposição materna em deixar-se criar e ser inventada pelo bebê. Esse processo somente pode ser alcançado se a cuidadora entrega-se a um movimento de alternância entre apresentar-se magicamente naquilo que o lactente cria e, da mesma forma, sustentar o seu ser nela mesma – fluindo assim, contingencialmente, para fora da área onipotente do infante. Para uma discussão mais pormenorizada sobre a confiabilidade, ver tanto Figueiredo (2009) como Lejarraga (2008).

A função *holding*, como um fenômeno complexo, é passível de múltiplos prolongamentos. Um desses caminhos abertos no universo clínico refere-se ao provimento de *holding* físico, caso se faça realmente necessário. À guisa de ilustração, reproduzimos um atendimento descrito por Winnicott com uma mulher de 40 anos, no qual a sustentação física tornou-se imprescindível:

Uma variedade de intimidades foi tentada, principalmente aquelas que dizem respeito à alimentação e ao manejo de bebês. Houve episódios violentos, e acabou por ela e eu ficarmos juntos, eu com a cabeça dela em minhas mãos. Sem uma ação deliberada por parte de qualquer de nós, desenvolveu-se um ritmo de embalo. O ritmo era bastante rápido, cerca de 70 por minuto (cf. batimentos cardíacos) e tive algum trabalho para adaptar-me a tal ritmo (Winnicott, 1969c, p.200).

Ao apresentar esse caso, Winnicott nos reporta à experiência de mutualidade mãe-bebê na qual a regressão à dependência caracteriza-se como marca distintiva da transferência. Tendo em mente essa perspectiva, o parâmetro de comunicação gira em torno da anatomia e fisiologia dos corpos vivos – assim, o contato corporal descrito ganha contornos de *holding* a fim de harmonizar e reestabelecer a presença do paciente no mundo.

Gostaria de ilustrar com um recorte de minha experiência clínica com pacientes psiquiátricos, através de um atendimento realizado em um hospital-dia, cujos usuários em sua maioria tratavam-se de pacientes com sintomas psicóticos. Lembro-me de uma paciente que aqui chamo de P., à época com 39 anos, que, tendo aberto um quadro psicótico aos 15 anos – recebendo o diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica –, permaneceu apresentando desde então uma sintomatologia com fenômenos alucinatórios e despersonalizadores. Certa manhã, enquanto estava sentado ao seu lado no sofá da instituição, P. começou a ficar muito ansiosa, fixando o olhar em seu próprio corpo, e ao mesmo tempo em que começou a falar alto, dizendo que seu braço estava esticando-se e ficando verde. Rapidamente começou a se agitar, relatando que não sentia mais seu membro. Em meio ao seu estado de angústia, fez-se um momento de silêncio no qual P. esticou o seu braço na minha direção. Dessa forma, comecei a fazer uma espécie de marcação com as mãos (pressão leve) justamente nos limites corporais do braço e, aos poucos, aumentei a força aplicada nele no intuito de dar-lhe alguma sustentação e contorno. Tentei prover algum *holding*, esta dimensão afetiva e corporal, que levasse P. a restabelecer algum grau de experiência de

personalização. Notei que a paciente foi ficando cada vez mais calma, e sua expressão corporal já parecia menos tensa e rígida. Por fim, perguntei-lhe como ela estava, ao que P. me respondeu que já conseguia sentir seu braço e também encontrava-se mais tranquila, fato que se refletiu na tonalidade de voz com que me respondia.

Em contraponto a uma visão idealizada do *holding* como provisões altamente sofisticadas operando na análise, gostaríamos de salientar o campo fértil entranhado nos pequenos gestos, nas formas sutis de interação com nossos pacientes: “Mesmo estar à disposição, confiavelmente, na hora necessária, ou manter o quarto aquecido e livre de correntes de ar pode ser uma comunicação que implica: ‘Conheço as suas necessidades básicas’” (Winnicott, 1969a, p.432). Estas heterogêneas e delicadas encarnações do *holding* em análise contribuem para uma concepção de manejo clínico na qual o papel do analista é o de fazer frente às necessidades prementes do indivíduo; além disso, elas se contrapõem a uma espécie de discriminação de aplicabilidade em termos de um suposto ordenamento por “gravidade” psicopatológica (psicose ou outros quadros onde os traumatismos ao *self* ficam mais em evidência), a qual, do nosso ponto de vista, contribui para uma leitura precipitada da obra de Winnicott.

Não seria possível e nem é nossa pretensão neste pequeno espaço esgotar as discussões em torno do *holding* winnicottiano. Apenas descrevemos algumas de suas facetas que aparecem no ofício instigante da atividade clínica. Talvez o mérito de Winnicott na formulação e concepção do *holding* esteja em uma convocação para libertar-nos de uma rigidez que engesse os desafios impostos em cada encontro clínico. Disponibilizar-se a habitar *com* o paciente espaços nebulosos, indizíveis, sentindo os múltiplos vetores de afeto que nos atravessam, revela as tarefas e a capacidade de engajamento ético em que uma perspectiva do cuidado nos coloca. É somente pela instauração dessa hospitalidade proporcionada pelo analista que o analisando poderá atualizar suas inúmeras potencialidades suspensas por relevantes fraturas ambientais em sua vida. Nas palavras de Winnicott: “Após ser – fazer e deixar-se fazer. Mas ser, antes de tudo” (Winnicott, 1966b, p.120).

4.2 Interpretação-Holding

Em face da sutileza que esta temática apresenta, podemos dizer que a exposição que se segue do conceito de “interpretação-*holding*” possui como objetivo trazer para apreciação algumas possíveis formas de seu aparecimento clínico. Não é demais ressaltar, como mencionamos na descrição do *holding*, que os aspectos a serem aludidos são unicamente um recorte no vasto campo experiencial do tratamento psicanalítico.

A hipótese que nos norteia refere-se a uma ampliação do conceito ortodoxo de interpretação, dado ser este apenas um enquadre adotado por Winnicott. Nesse contexto, temos, por um lado, a tarefa interpretativa (em sua circunscrição tradicional) concernente a um desvelamento de conflitos inconscientes, cujo objetivo compreende a passagem de seu sentido latente para o manifesto, desfazendo assim suas possíveis relações de compromisso. Por outro viés, o que Winnicott pretende com a “interpretação-*holding*” é gerar condições que possam alicerçar a própria constituição de um processo maturacional que se encontra desvitalizado.

A fim de ilustrar as considerações acima, voltemo-nos por um instante à ressalva feita pelo autor inglês quanto ao uso do *holding* em sua modalidade física: “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, 1963e, p. 216). Depreende-se, assim, que no âmbito do processo analítico o aspecto físico do *holding* encontra-se de saída atribuído à modalidade interpretativa. Esta concepção do uso interpretativo permeia uma das funções da interpretação-*holding*, ou seja, abarcar empaticamente o sofrimento do indivíduo acarretado por desassistências ambientais precoces.

Se trouxermos para primeiro plano as múltiplas e intensas experiências de sofrimento psíquico, uma das possibilidades de enlaçar-se ao padecimento do sujeito baseia-se no *holding* interpretativo. Essa abordagem analítica confere às dificuldades existentes uma alternativa para a sua transformação, em particular, abre caminhos para que tais mudanças incidam sobre o modo de organização

subjetiva, através do desprendimento de composições defensivas que enrijecem o viver criativo³².

Acompanhando não somente a construção de passagens rumo a uma nova constituição subjetiva, a interpretação-*holding* tem a função de promover, no momento transferencial da sessão, um espaço onde se constitua uma espécie de sustentação das ansiedades vividas. Embasado nessa perspectiva, seu advento em análise deve contemplar tanto a forma como o tempo propício ao paciente, pois inevitavelmente ela será talhada em uma situação transferencial que exige por si mesma um cuidado e uma atenção ativa do analista:

Ver-se-á que o analista está sustentando o paciente e isto muitas vezes toma a forma de transmitir em palavras, no momento apropriado, algo que revele que o analista se dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando (Winnicott, 1963e, p. 216).

Winnicott, ao redimensionar e enriquecer o valor do uso interpretativo, sintonizando-o também como possibilidade de oferecimento de *holding*, nos remete à sua definição de uma comunicação no nível das sensações corpóreas, aludindo assim a uma experiência partilhada de embalo, análoga à de uma mãe devotada ao seu bebê. Escreve o pediatra inglês:

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, 1990, p. 80)

Nos parágrafos que se sucedem tentaremos exemplificar situações nas quais diferentes experiências de *holding* interpretativo aparecem no âmbito clínico. Pode-se afirmar que os fragmentos abaixo são uma pequena amostra da diversidade e possibilidade de aplicação dessa experiência analítica, servindo para demonstrar sua condição de emergência em diferentes processos psíquicos.

³² A este respeito, Figueiredo (2002) parece ter a mesma opinião: “[...] creio que as interpretações podem ocorrer com a função de *holding* verbal, a serviço do manejo da regressão e da instalação da confiança como passos preliminares para o descongelamento afetivo, para a superação das cisões e dissociações, para o contato com o mundo dos afetos e das fantasias na regressão e para a instalação subsequente da capacidade do sonho e do espaço de jogo”.

Assim, no artigo “Retraimento e regressão”³³ Winnicott (1954c) propõe reunir alguns fragmentos clínicos de um paciente diagnosticado por ele como “esquizoide-depressivo”³⁴. O autor inglês afirma que as regressões desse paciente aconteciam em momentos escassos de retraimento no *setting* analítico, sendo justamente essas vivências que Winnicott procura relatar. Esclarecemos que o recorte feito por nós na reprodução das interpretações formuladas por Winnicott com este paciente objetiva, sobretudo, realçar o plano de abordagem clínica que visamos esclarecer.

Uma interpretação destacada por Winnicott nesse caso acontece após a verbalização pelo paciente de que ele encontrava-se em movimento e concomitantemente encolhido no divã, bem como a demonstração de movimentos com as mãos “para mostrar que sua posição encolhida estava em algum lugar diante de seu rosto” (Winnicott, 1954c, p.429). Logo na sequência – e este fator temporal é fundamental na passagem do retraimento para a regressão – Winnicott interpreta³⁵:

Ao falar de si mesmo como encolhido e se movimentando, você está ao mesmo tempo, dando a entender algo que naturalmente não está descrevendo, por se tratar de algo que lhe escapa à consciência; você dá a entender a *existência de um meio*. Um pouco depois perguntei se ele entendera o que eu havia querido dizer e descobri que compreendera imediatamente; ele disse: ‘Como o óleo no qual as rodas se movem’. *Tendo captado a ideia de um meio que lhe fornecia holding*, passou a descrever com palavras o que havia mostrado com as mãos, ou seja, que estivera girando para a frente, e contrastou isso com o giro para trás, por sobre o

³³ É interessante observar o comentário feito por Rodman sobre esta conferência parisiense transformada em artigo por Winnicott, onde ele corrobora nossa leitura do caso clínico, principalmente no que concerne à existência de interpretações que funcionam como *holding*. Seguem-se as considerações do psicanalista americano: “Nesse artigo, ele enfoca o comportamento do paciente durante a sessão, especificamente iluminando o conceito de conversão do retraimento em regressão, uma transformação proveitosa, pelo “holding”, que é ilustrado por uma série de interpretações apropriadas que demonstram ao paciente que o analista entende a necessidade do que precisa ser sustentado” (Rodman, 2003, p.201; tradução nossa).

³⁴ Este paciente é o mesmo descrito no livro *Holding e Interpretação*, em que há um maior detalhamento dos processos ocorridos em sua análise com Winnicott. Já no artigo citado o psicanalista inglês observa que, especificamente neste texto, o retraimento corresponde a um desligamento temporário da realidade externa – podendo ganhar contornos de sonolência. E regressão concerne à regressão à dependência, em contraponto a um movimento regressivo estruturado e ancorado em zonas erógenas (Winnicott, 1990, p.427).

³⁵ Reproduziremos o trecho na íntegra a fim de não reduzir as riquezas expostas nesse fragmento clínico. Winnicott também observa que essa interpretação nunca teria sido realizada por ele caso esta situação clínica ocorresse nas duas décadas anteriores. Com isso, ele aponta para sua experiência com pacientes retraídos e regredidos, bem como para o manejo transferencial que tais acontecimentos o levaram a implementar.

divã, que havia sido relatado algumas semanas antes” (Winnicott, 1954c, p.429; grifo nosso)

Nota-se nesse episódio que, após a interpretação proposta por Winnicott, o paciente pode transformar e usufruir da experiência até então retraída em uma vivência construtiva. A explicação para o transmutação de um processo infrutífero em um acontecimento produtivo é alicerçada pela via que o psicanalista inglês denomina como uma “interpretação do meio” (Winnicott, 1954c, p. 429). Na visão de Winnicott foi justamente essa interpretação que ensejou no paciente uma compreensão maior do papel do analista (nas limitações em que ele tem de se adaptar às necessidades do analisando), um reconhecimento da dependência que por vezes é intensa e dolorosa e, além disso, uma forma totalmente diferente de lidar com os fatos da realidade em sua vida cotidiana.

Nesse sentido, conjugamos a “interpretação do meio” tal como descrita pelo autor inglês com nossa denominação de interpretação-*holding*, pois sua função destina-se a constituir um suporte, a criar um solo de estabilização para as vivências traumatizantes do indivíduo, ou, em outras palavras, “suprir um meio apropriado no momento de seu retraimento” (Winnicott, 1954c, p.429). Portanto, o fator que preside a conduta do analista nesse caso é o fornecimento do *holding* ao paciente através do aspecto interpretativo (interpretação-*holding*). Se logo após o aparecimento do estado retraído (tentativa do indivíduo em prover um *holding* para o próprio *self*) o terapeuta, diz Winnicott, disponibiliza um *holding* ao paciente, haverá uma transformação do retraimento em regressão. Vejamos o que ele afirma:

Sempre que compreendemos profundamente um paciente e mostramos isso através de uma interpretação correta e oportuna, estamos de fato oferecendo um holding para o paciente e tomando parte em um relacionamento no qual o paciente está, em algum grau regredido e dependente (Winnicott, 1954c, p.435; grifo nosso)

Verificamos que no exemplo acima o *holding* é provido através do elemento interpretativo, o qual tem como função primordial fazer a ponte entre os dois estados – do retraimento para a regressão; tal processo só ocorre na medida em que o terapeuta compreende de imediato as necessidades do paciente³⁶. O ponto

³⁶ “O importante era que eu compreendesse imediatamente suas necessidades” (Winnicott, 1954c, p. 434).

capital dessa atitude do analista assenta-se na contenção das angústias e ansiedades experienciadas pelo indivíduo, visto não ser mais necessário ao último tomar as rédeas do controle de um ambiente hostil, pois a qualidade provedora e suficientemente boa da ambiência está a cargo do terapeuta, que fornece um lugar de descanso para o sujeito (no qual ele pode expressar seu próprio ritmo e ser ele mesmo).

Todo esse funcionamento permite ao paciente transitar por um espaço não integrado, um estado natural onde o indivíduo tolere uma ausência de totalidade que, em seu deslocamento, reforce os processos de elaboração imaginativa, nos quais se reaviva o acúmulo de experiências pessoais em íntima conexão com os momentos de criatividade.

Em outras palavras, o *holding* interpretativo atua contra os modos de esfacelamento do *self* criativo, o que leva a um processo de fortalecimento das experiências do viver e automaticamente à potencialização do movimento espontâneo. Ao mesmo tempo, dada a sua forma particular de atuação na clínica, Winnicott acaba por constituir novos arranjos para a interpretação-*holding*. Em uma delas, verificamos uma ampliação bem particular da definição de interpretação, significando simplesmente uma fala dirigida ao paciente, independente de seu conteúdo. No entanto, é o objetivo da comunicação que importa: “Se não fizer nenhuma [interpretação], o paciente fica com a impressão de que compreendo tudo. Dito de outra forma, eu retenho certa qualidade externa, por não acertar sempre no alvo ou mesmo estar errado” (Winnicott, 1962c, p.153).

Aqui intervém uma preocupação de Winnicott quanto aos limites de sua compreensibilidade, visto que para o autor inglês a questão de fundo em sua verbalização é evitar que surjam possíveis sentimentos persecutórios no paciente, o que poderia emanar de um analista “onipotente e sabedor demais”. Concomitantemente, a comunicação promovida por Winnicott implica no fato de que algo em análise evade-se tanto do controle do analista quanto do paciente, uma vez que denuncia o elemento de alteridade presente no processo terapêutico, o que nos remete a um resguardo do analista quanto aos ataques destrutivos do analisando (oriundos de sua esfera onipotente), bem como defende a preservação do núcleo incomunicável deste último por alguma atuação do terapeuta. Simultaneamente, o terapeuta protege o sentimento de que algo está sendo

partilhado em análise, privilegiando e contribuindo para o sentimento de uma criação conjunta.

Voltemos agora a abordar outra passagem clínica, onde podemos reencontrar os movimentos inesgotáveis do *holding* interpretativo. Margareth Little foi analista da Sociedade Britânica de Psicanálise, tendo publicado diversos artigos e um livro no qual conta, sobretudo, seu período de análise com Winnicott³⁷. Nesse relato, a autora descreve dois tratamentos anteriores até chegar a ser atendida por Winnicott: o primeiro com um junguiano, o Dr. X (assim intitulado por Little) e o segundo com Ella Sharpe. A passagem que demarca seu atendimento para o psicanalista inglês ocorreu após a morte de Sharpe em 1947; contudo, importa-nos ressaltar que seu atendimento com Ella, durante sete anos, já era motivo de grande insatisfação, pois a analista limitava-se a interpretações de cunho edipiano, quando a queixa de Little norteava-se sobre questões existenciais³⁸.

Em determinada passagem do livro, ao relatar sua análise com Winnicott, Little descreve uma fala do analista sobre sua mãe: “Sua mãe é imprevisível, caótica, e estabelece o caos ao seu redor [...] Ela é como um daqueles brinquedos que saltam para fora da caixa quando a tampa é aberta, sempre presente por toda a parte” (Little, 1992, p.50). Comentando especificamente esta colocação do autor inglês, Junior e Junqueira (2008) enfatizam:

A fala de Winnicott é muito mais uma descrição do que se passava do que uma comunicação de um conteúdo inconsciente, *mas é devido a esse tipo de trabalho que atualmente podemos compreender essa fala como uma interpretação, num sentido mais amplo; uma interpretação que não revela um sentido oculto, e sim cria um sentido novo*. Uma interpretação que poderia ser denominada de construção, não no sentido freudiano, mas no sentido mais contemporâneo do termo, construção que tem relação com a instauração do recalque primário e com os demais limites do psiquismo; limites de que tanto carecem os *borderlines* (Junior & Junqueira, 2008, p.154 e 155; grifo nosso).

³⁷ Destaco aqui a observação feita por Naffah Neto (2008) quanto à tradução do livro “*Psychotic Anxieties and Containment – A Personal Record of an Analysis with Winnicott*” (1992) por Jayme Salomão. Segue o comentário: “Aqui, até o título do livro foi adulterado para *Ansiedades Psicóticas e Prevenção – Registro Pessoal de uma Análise com Winnicott*, quando a tradução mais literal seria: “Ansiedades Psicóticas e Contenção” e a mais apropriada: “Ansiedades Psicóticas e Sustentação” (Naffah Neto, 2008, p.107).

³⁸ Um exemplo desta situação é relatado na seguinte passagem: “Certa vez falei sobre como queria ‘ser alguém’, referindo-me a ser uma verdadeira pessoa, não ninguém, ou uma ‘não-pessoa’, como achava que era. Isso foi interpretado como um desejo meu de tomar o lugar da minha mãe fisicamente, em seu relacionamento sexual e capacidade reprodutora” (Little, 1992, p.36).

Partindo da perspectiva que estamos adotando ao longo deste capítulo, poderíamos dizer que esta interpretação com contornos ampliados assemelha-se à exposição feita acima da interpretação-*holding* no papel de pôr em relevo a função desempenhada pelo meio na constituição da subjetividade do indivíduo. Mais especificamente, no caso de Little, um dos efeitos oriundos da fala de Winnicott foi justamente demarcar o peso das intervenções maternas sobre sua paciente, dando assim uma espécie de contorno para um ambiente que fora caótico em sua primeira infância. Com isso, Winnicott descarregava Margaret de exigências com as quais a mesma fora obrigada a se confrontar, liberando-a para novas experiências e novas formas de afetação com seu entorno³⁹.

Outro aspecto focalizado pelo *holding* interpretativo ilustra a preocupação de Winnicott em trabalhar de acordo com a idade emocional do paciente durante o atendimento clínico, por meio do qual o analista disponibilizará uma ambiência adequada, além de evitar confrontar o sujeito com dificuldades para as quais ainda não se encontre preparado. A ênfase posta nesta modalidade de verbalização remete-nos à comunicação do terapeuta sobre a ausência de alguma experiência vital do indivíduo em seu relacionamento com o mundo, o que possibilita a abertura de passagem para o fluir do processo maturacional.

Nesse sentido, recorreremos a um caso ilustrativo de Winnicott (1966b) descrito em “A criatividade e suas origens”, cuja referência central é o tratamento de um homem de meia-idade que, já tendo feito algumas análises anteriormente, procurou Winnicott, pois segundo ele existia algo que desconhecia e o levava a buscar tratamento, bem como o impedia de deixar o processo analítico. Em determinada fase da análise, algo novo se apresentou na transferência, o que levou a Winnicott a dizer:

Estou ouvindo uma moça. Sei perfeitamente bem que você é homem, mas estou ouvindo e falando com uma moça [...] Após uma pausa, o paciente dissera: ‘Se eu falasse a alguém sobre essa moça, seria chamado de louco’[...] Foi minha observação seguinte que me surpreendeu, tocando um ponto importante. Falei: ‘Não é que você tenha contado isso a alguém; sou eu que vejo a moça e ouço uma moça falar, quando, na realidade, em meu divã acha-se um homem. O louco sou eu’. Não tive de elaborar esse ponto, porque a chave era aquela. O paciente disse

³⁹ Obviamente que muitos acontecimentos e experiências se sucederam na análise de Little, no intuito de reforçar a direção dada por este *holding* interpretativo. Para mais detalhes, ver sobretudo o comentário feito pela própria Margaret sobre outra interpretação executada por Winnicott, cuja função aponta para o medo de uma “aniquilação” que, na verdade, já ocorrera (Little, 1992, p.63 e 64).

que agora se sentia são, num ambiente louco. Em outras palavras, achava-se agora liberto de um dilema (Winnicott, 1966b, p.105 e 106).

Segundo Winnicott, as dissociações vivenciadas por seu paciente erigiram-se ao tempo dos primeiros cuidados, quando sua mãe não conseguia percebê-lo como alguém do sexo masculino, e assim, no esforço em adaptar-se à expectativa de sua genitora, acabou por acomodar sua loucura. Essa conjuntura levou ao paciente a esperança de que o tratamento analítico pudesse reconhecer e desfazer a dissociação presente em seu psiquismo, sendo justamente neste cenário de comunicação analista-analisando que visualizamos em ação uma das feições do *holding* interpretativo. Nesse contexto, Winnicott não só demonstra que compreende profundamente seu paciente (apontando a presença de um elemento ainda não vivido experiencialmente), como responsabiliza o meio pela loucura imposta ao paciente – “a loucura da mãe que via uma menina onde existia um menino, fora trazida diretamente ao presente através de minha afirmativa: ‘Sou eu que estou louco’” (Winnicott, 1966b, p.106) –, o que lhe possibilitou um novo arranjo para seus aspectos dissociados, pois pela primeira vez em sua vida entrou em contato com os mesmos⁴⁰.

A experiência da interpretação-*holding* pode também ser vislumbrada fora do âmbito clínico *stricto sensu*. Penso que uma ilustração clínica descrita por Winnicott retrata de maneira exemplar essa situação, na qual a sustentação ambiental esboça-se como fator preponderante do relacionamento e amadurecimento humano. No artigo “A tendência antissocial” Winnicott (1956b) nos conta que uma amiga⁴¹ sua o procurou pedindo ajuda para seu filho mais velho John, pois este começara a ter uma compulsão por roubar, tanto em lojas como em casa. Durante uma refeição em um restaurante, a mãe lhe pede um conselho quanto ao comportamento de John, ao que Winnicott diz:

⁴⁰ Sobre a contribuição da interpretação-*holding* é interessante realçar que as tentativas de interpretação em sua concepção tradicional falharam ao longo do tratamento deste paciente. Winnicott destaca que após esta sua nova contribuição pôde explicar porque suas interpretações anteriores nunca tiveram efeitos mutativos, “embora tivessem bons fundamentos, com respeito ao uso de objetos, satisfações erótico-orais na transferência, idéias sádico-orais a respeito do interesse do paciente no analista, como objeto parcial, ou como pessoa com seio, ou pênis” (Winnicott, 1966b, p.109).

⁴¹ Winnicott nos explica, inclusive, que já havia ajudado esta mãe na adolescência a sair de uma fase antissocial.

Eu só podia fazer alguma coisa ali, naquele momento. Portanto, expliquei-lhe o significado do roubo e sugeri que ela escolhesse um bom momento na sua relação com o filho para fazer uma interpretação [...] Eu disse: ‘por que não lhe dizer que você sabe que, quando ele rouba, ele não está querendo as coisas que ele rouba, mas sim procura alguma coisa à qual ele tem direito? Está fazendo uma reclamação a seu pai e sua mãe porque se sente privado de seu amor’. Disse-lhe para que usar uma linguagem que ele compreendesse. (Winnicott, 1956b, p.500 e 501).

A proposta de Winnicott foi aceita pela mãe, que, tendo feito essa interpretação⁴² para seu filho, surpreendeu-se com a reação do mesmo, dado que John afirmou que duvidava que seus pais o amassem. Após uma conversa com ele, ela reafirmou seu amor, tendo mudado também sua atitude a partir daquele momento, no intuito de prover-lhe mais afeição. Por fim, a mãe conversou com a professora de John, explicando que o menino necessitava de carinho e estima, conseguindo dessa forma sua cooperação. Todas essas intervenções tiveram um resultado satisfatório, o que levou a uma melhora no relacionamento de John com a família, assim como à interrupção dos roubos.

Antes de fazermos mais algumas considerações acerca das intervenções de Winnicott e da mãe, retrataremos também um quadro de tendência antissocial de um adolescente, do qual pude participar como psicólogo do PPCAAM⁴³. Nas linhas que se seguem, faremos uma apresentação sucinta do caso. Gustavo⁴⁴ era o irmão mais novo de Paulo, tendo ambos sido adotados juntos, quando estavam com um ano e dois anos, respectivamente. Acompanhei mais de perto, a inserção de Gustavo no programa de proteção, fato ocorrido quando este estava com 14 anos de idade. Moradores de uma cidade no interior do Estado do Rio de Janeiro, a situação que ensejou a solicitação de proteção aconteceu após o adolescente começar a se envolver com o tráfico em sua comunidade, praticando pequenos furtos, o que o levou a ser acusado pelo próprio movimento clandestino do local

⁴² Merece destaque, o uso do termo “interpretação” neste caso. Como já pontuamos anteriormente, em Winnicott tal conceito não possui uma univocidade, o que permite ao autor o alargamento de seu sentido, inclusive tal como empregado no caso clínico aqui descrito. Acreditamos que ao longo da explicitação das consequências do caso, bem como do exemplo clínico que exporemos em seguida, ficará clara a função de holding da comunicação, fato que nos permite caracterizá-la como “interpretação-*holding*”.

⁴³ O Programa de Proteção à Criança e ao Adolescente Ameaçados de Morte (PPCAAM), criado em 2003, foi uma estratégia adotada pelo Governo Federal junto à Secretaria Especial dos Direitos Humanos, no intuito de combater a letalidade infanto-juvenil. Uma das ações adotadas pelo programa visa à transferência do indivíduo ameaçado para local seguro e, na medida do possível, pretende garantir sua reinserção junto aos seus vínculos familiares e comunitários.

⁴⁴ Os nomes usados daqui em diante são fictícios, a fim de mantermos o sigilo necessário ao caso. Aproveitamos para observar que, devido aos limites deste trabalho, seremos obrigados a omitir várias situações e aspectos históricos que poderiam enriquecer a discussão aqui exposta.

de ter furtado uma câmera de vídeo juntamente com outro adolescente. Além de Gustavo, a própria família também foi ameaçada e prontamente acolhida pelo programa.

Destacamos que, durante a permanência de Gustavo no programa, este passou por diversos abrigos, além de um tempo em convívio familiar junto a sua mãe e seu irmão – fato que se tornou insustentável em função das diversas dificuldades de convivência, incluindo a existência de violência física. Porém, a circunstância a ser destacada para os fins desta dissertação aconteceu enquanto Gustavo encontrava-se abrigado em uma instituição, na qual o adolescente acabou criando um vínculo forte com a diretora do local – uma senhora chamada Ana.

Nesse abrigo, Gustavo voltou a repetir alguns comportamentos que eram marcantes nos outros locais pelos quais passou: desafiava outros adolescentes, brigava, agredia verbalmente os educadores, dentre outras atitudes. Ao mesmo tempo, segundo os próprios funcionários: “Gustavo fazia tudo aquilo para chamar a atenção”. E foi neste espaço de conflitos que várias considerações chegaram à equipe do PPCAAM, sobretudo, após o furto do celular de Ana (do qual Gustavo era o maior suspeito). Apesar das atitudes acima descritas, a equipe mantinha uma relação satisfatória com o adolescente. Desta forma, conversei com Ana, mostrando os avanços feitos por Gustavo, ainda que gradativos, e em muito, devidos à sua relação com ela – não eram incomuns alguns atos falhos do adolescente dirigidos a Ana, quando acabava por chamá-la de “mãe”. Sugeri que ela conversasse com Gustavo, mostrando a intenção dos que ali estavam em ajudá-lo, e que compreendiam o fato de suas ações serem um pedido de ajuda para todo o sofrimento que lhe havia sido infligido pelos locais por onde passou, além de outras situações que ele podia ter vivenciado e que poderiam não ser do conhecimento dos funcionários.

Observaram-se então, a partir da conversa de Gustavo com Ana, alguns fatos marcantes. No tocante à questão do celular, ele assumiu a autoria do furto e pediu desculpas a Ana, dizendo que gostava muito dela e que aquilo tinha sido “apenas uma brincadeira”. Os comportamentos antissociais de Gustavo começaram a diminuir e ele passou a se engajar mais nas atividades que exercia fora do abrigo (na escola e em alguns outros cursos que frequentava em uma instituição para jovens).

Acreditamos que, tanto no caso descrito por Winnicott, quanto em nosso relato, as mensagens emitidas por cada ambiente, ao valorizarem o sentido de pertencimento e reconhecimento dos comportamentos de cada indivíduo, puderam redimensioná-los. O efeito da interpretação-*holding*, mais do que uma comunicação, reforça uma atitude de acolhimento dos impulsos, na qual uma nova reparação para as situações ambientais anteriores torna-se possível – ou seja, é pela tolerância ao movimento singular do indivíduo e pela oferta de um solo sustentador que o ambiente desenvolve a capacidade, no caso da tendência antissocial, de construir limites constituintes para o sujeito.

A maneira com que Winnicott usa o fator interpretativo, e não poderia deixar de ser diferente, faz jus à sua originalidade como analista, evocando sempre o recurso irrevogável ao atendimento das necessidades maturacionais expressadas pelo paciente. Nesse sentido, parece-nos pouco proveitoso hierarquizar as modalidades interpretativas e outras formas de manejo em um quadro de importância ou relevância, pois o fundamental é o encontro da ação do analista com os anseios e os aspectos do analisando que requerem cuidados em uma ambiência especializada. Não é pouco comum encontrarmos na clínica uma sobreposição ou uma interconexão entre a interpretação-*holding* e interpretações que visam à decodificação ou decifração de conteúdos latentes.

Contudo, justamente devido à complexidade da tarefa acima, foi necessário nuançar alguns pontos do *holding* interpretativo ao longo deste tópico. Como visto, a atenção concedida no *setting* à interpretação-*holding* possui, sobretudo, o propósito de retomar a construção de um psiquismo afetado por interferências ambientais primitivas, alicerçando possíveis necessidades psicossomáticas e reconstituindo os processos de organização e vivacidade do *self*. Afinal,

O que importa ao paciente não é 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, 1958d, p.112).

4.3 Interpretação

Se recorrentemente é preciso lançar luz sobre os princípios básicos da técnica analítica, faz-se necessária uma atenção delicada ao papel do elemento interpretativo neste processo. É com essa advertência que Winnicott inaugura seu texto sobre a “Interpretação na Psicanálise”, três anos antes de seu falecimento. Justamente por se tratar de uma produção referente ao último período de sua vida, seguiremos a via argumentativa traçada por Winnicott no intuito de destacar a multiplicidade de apropriações e manifestações do trabalho analítico-interpretativo presentes em sua prática clínica.

Uma primeira aproximação feita por Winnicott associa o aspecto interpretativo à verbalização do analista, sendo que essa atitude pressupõe um material anterior expressado oralmente pelo paciente. Nesse sentido, um dos postulados winnicottianos concerne a uma devolução (reflexão) ao próprio analisando da comunicação feita ao analista. Vejamos o que diz o autor:

Se este princípio muito simples é enunciado, ele imediatamente precisa de elaboração, e sugiro que necessita de elaboração do seguinte tipo: área limitada da transferência de hoje, o paciente tem um conhecimento exato de um detalhe ou de um conjunto de detalhes. É como se houvesse uma dissociação pertencente ao lugar a que a análise chegou hoje (Winnicott, 1968c, p. 164).

Winnicott explica que a partir desta condição dissociada existe a necessidade de que a devolução do conteúdo trazido pelo paciente, em uma espécie de reflexão, seja feita no mesmo dia em que é apresentado pelo analisando, e não em outro. Dito de outra forma, quando determinado material é exposto na análise ele está circunscrito a uma dimensão da transferência proveniente da própria sessão transcorrida, visto que, por mais que a interpretação dirija-se à pessoa total do analisando, o material interpretativo é originário somente de uma parte da totalidade do indivíduo⁴⁵ (Winnicott, 1968c).

Essa consideração do pediatra inglês nos leva a um fundamento de extrema relevância no processo analítico, qual seja, o fator temporal. Dessa perspectiva, Winnicott pondera que uma interpretação formulada precocemente (fora do tempo adequado ao paciente) assemelha-se a uma interrupção efetuada pela mãe do gesto

⁴⁵ “Como pessoa total, o paciente não teria sido capaz de ter fornecido o material para a interpretação” (Winnicott, 1968c, p.164).

espontâneo da criança. Pode-se então considerar que, fundamentalmente, irrompe um processo de invasão e submissão do paciente ao analista, favorecendo ou reforçando um funcionamento do tipo falso *self*.

Desse ponto de vista, ao explicar sobre o fator temporal na análise e sua relação com a interpretação, Winnicott chama a atenção para a dimensão do *insight*. Para o autor inglês a emergência de *insights* deriva sempre de uma dimensão relacional entre analista e analisando. Ou seja, a composição de alguma elaboração do paciente é o resultado de um processo que atravessa e permeia ambos os sujeitos; trata-se, por exemplo, da possibilidade de que “[...] os dois juntos podem brincar de usar o sonho para obter um insight mais profundo” (Winnicott, 1968c, p.165).

Ao assinalar a possibilidade de um uso conjunto do sonho entre analista e analisando, Winnicott aponta para outra esfera de atuação da função interpretativa. Nesse caso, ao invés de unicamente refletir as considerações provindas do paciente, o terapeuta tem a oportunidade de ampliar os sentidos do material apresentado. Isso significa, em particular, construir e oferecer algumas mudanças para o lugar habitual que o paciente ocupa. Nas palavras de Winnicott, “É como se o analista pudesse usar os processos intelectuais, tanto os seus quanto os do paciente, para avançar um pouco” (Winnicott, 1968c, p.165).

Assim, dentre as várias questões decorrentes do uso interpretativo, Winnicott dirige nossa atenção para os modos de elaboração e apropriação das intervenções analíticas pelos meios intelectivos do terapeuta e do paciente, respectivamente. Quanto ao trabalho do analista, lembra o autor inglês, este funciona a partir do seu ego corporal, ao mesmo tempo exercendo um esforço mental consciente na medida em que as ideias e sentimentos vindos até sua mente são examinados e, como tais, selecionados para efetuar a comunicação interpretativa (Winnicott, 1960d).

Para o paciente, por um lado, a esfera intelectual é necessária para fazer avançar o percurso do tratamento, assim como acontece no surgimento dos processos de desilusão; por outro, pode reforçar aspectos traumáticos no sujeito, por exemplo, ao estimular uma hipertrofia intelectual na qual há um convite ao fortalecimento das dissociações patológicas (Gurfinkel, 2001, p.212). A trama interpretativa, quando funciona danosamente, promove o uso das funções

mentais dissociadas da psique-soma e corrobora com a perpetuação da clivagem das experiências do *self*⁴⁶.

Da mesma forma, embora seja uma modalidade essencial da dinâmica interpretativa, a opção por formular uma interpretação que ultrapasse o objetivo meramente reflexivo requer cuidados especiais em sua aplicabilidade. A adoção pelo analista de tal intervenção poderá engendrar diversos malefícios, sobretudo, se essa experiência não for compatível com o desenvolvimento emocional do paciente. “Uma das dificuldades de nossa técnica psicanalítica é saber qual a idade do paciente a qualquer momento na relação de transferência” (Winnicott, 1949a, p. 323).

Seguindo as vicissitudes do processo maturacional, o ponto fundamental a ser considerado para o exercício da prática interpretativa alicerça-se na eventual capacidade egoica do paciente, pois nessa conjuntura cabe ao analista reconhecer clinicamente um aspecto capital para a obtenção de resultados terapêuticos favoráveis – a modalidade de transferência atuante em determinado momento da análise. Assim, é imprescindível que se possa discernir entre uma “neurose de transferência” e uma “psicose de transferência” (Naffah Neto, 2010).

Em sua obra, Winnicott defende que pacientes psicóticos, em determinados períodos do tratamento, podem estabelecer uma “neurose de transferência”, e assim requerem como instrumento terapêutico uma ação interpretativa da transferência. Da mesma forma, pacientes neuróticos com núcleos psicóticos têm possibilidades de apresentar uma “psicose de transferência”⁴⁷ – fato que descartaria, neste momento, o emprego de interpretações na análise⁴⁸.

Na modalidade neurótica de transferência o analista conserva um maior distanciamento quanto ao funcionamento do paciente; ao mesmo tempo em que

⁴⁶ Quanto à função do analista, Winnicott nos convida a perguntar se é possível antever o grau de resposta intelectual (não somente o fator emocional) do paciente, envolvido pela interpretação do terapeuta. Esse questionamento diz respeito ao quadro de dependência egoica do indivíduo, pois, caso a verbalização do analista seja incompreensível, é possível até mesmo que o paciente sinta-se atacado, desesperanoso, destruído ou aniquilado (Winnicott, 1963e).

⁴⁷ “E na doença do indivíduo qualquer mistura e alternância devem ser esperadas. E ocorrem alternâncias no indivíduo entre uma manifestação neurótica e uma doença mais psicótica (por exemplo, uma neurose obsessiva degenerando em uma fase de depressão agitada e se recuperando de volta à neurose obsessiva, etc.)” (Winnicott;1963c, p.200)

⁴⁸ Como visto, colocamos aqui o uso interpretativo circunscrito a sua dimensão tradicional, ou seja, a de trazer à tona o material recalçado, podendo-se interpretar a transferência, os elementos instintivos inconscientes, os diversos conflitos e as defesas erguidas (Winnicott, 1960d). Acreditamos ter deixado claro, a existência de interpretações na experiência psicótica, apesar do enfoque ser diferenciado por voltar-se ao alcance das experiências integradoras (uma das funções da interpretação-*holding*).

nutre uma abertura e implicação para as vivências suscitadas no *setting* terapêutico. Ou seja, o encontro analítico remete a uma dimensão paradoxal na qual o analista habita um espaço potencial, concomitantemente na posição de objeto subjetivo e objetivo.

A função central da interpretação, nesta condição transferencial, concorre para que o paciente possa discriminar entre o analista como objeto subjetivo (as diversas ressonâncias da dinâmica transferencial) e a sua pessoa real⁴⁹ (objeto objetivo), que até então encontram-se misturadas. O ato interpretativo que provoca no paciente a discriminação entre o objeto subjetivo e o objeto objetivo auxilia o indivíduo no delineamento de algumas fronteiras quanto aos acontecimentos do passado, do presente, de sua realidade interna, do mundo externo, entre outros; sendo que todo esse processo avigora no sujeito a função do uso do objeto (Naffah Neto, 2010).

Na dimensão prática do dia a dia algumas condutas norteavam o trabalho interpretativo do analista inglês, correspondendo não somente aos diversos instrumentais adotados por Winnicott ao longo de sua carreira, como também à sua apropriação singular do exercício clínico. Sua postura o levava com frequência a formular interpretações concisas⁵⁰, nunca usando frases longas, de forma que o encontro analítico não se transformasse em uma sessão pedagógica (Winnicott, 1962c). Essa posição parece ir ao encontro do relato de Margaret Little:

D.W.Winnicott fazia muito poucas interpretações, e apenas quando eu havia chegado ao ponto em que a questão podia tornar-se consciente. Então, é claro, a interpretação soaria bem. Ele não era ‘infalível’, mas muitas vezes falava experimentalmente ou especulava: ‘Eu acho que talvez...’, ‘Será que...’, ou ‘Parece que...’. Aquilo me deixava apreciar ou perceber o que ele dizia, e livre para aceitá-lo ou rejeitá-lo. As interpretações não eram feitas como se eu tivesse acesso à função simbólica, quando eu não tinha (Little, 1992, p. 49 e 50).

Uma direção adotada por Winnicott, e já mencionada anteriormente, indica que a comunicação analítica (em seu sentido interpretativo) deve ocorrer tão logo o material ofertado pelo paciente ilumine o que interpretar (Winnicott, 1958d).

⁴⁹ Bonaminio, discutindo a questão da interpretação, ressalta que ela expressa no ambiente analítico a interrupção de um processo privativo e singular do paciente, em que o analista demarca seu ponto de vista – “Assim, a interpretação é sempre separativa e intrinsecamente um veículo de alteridade” (2011, p. 164).

⁵⁰ “Uma interpretação por sessão me satisfaz, se está relacionada com o material produzido pela cooperação inconsciente do paciente” (Winnicott, 1962c, p. 153).

Obviamente, esta advertência para uma espécie de retorno ao paciente – instante no qual o analista decide falar – advém da oportunidade de se incluir a interpretação na esfera transferencial construída naquela ocasião, isto é, naquele encontro singular com seu analisando. A referência ao momento que determina o ato da interpretação merece, porém, uma atenção maior de nossa parte e, para isso, nos reportamos ao atendimento infantil que pode nos auxiliar a elucidar essa questão.

A articulação do trabalho interpretativo requer uma fase introdutória ou preliminar, onde a configuração do ambiente analítico permita instituir um espaço de brincar compartilhado, pois apenas aquilo que o sujeito cria é que tem valor para ele. Mais uma vez, lembremo-nos da proposição de Winnicott: o trabalho psicoterápico dirige-se no sentido de levar o paciente de um estado em que o mesmo não é capaz de brincar para um estado em que o é (Winnicott, 1968d). A abrangência desse acontecimento clínico reflete-se imediatamente no intervalo que antecede à interpretação, onde emerge um contexto parecido ao “período de hesitação” vivenciado no jogo da espátula⁵¹. Vejamos ao que este se refere.

É no período de hesitação que o bebê estende sua mão à espátula, instalando-se assim um dilema, pois percebe que a situação merece ser considerada, dada a infinidade de possibilidades que a circundam. Contudo, se nada obstrui o seu caminho, ele paulatinamente ganha coragem para que seus sentimentos venham à tona, passando a manipular a espátula e abrindo-se para todas as experiências que daí advirão. O caminho percorrido pelo bebê é análogo ao trilhado pelo terapeuta junto ao seu paciente, caracterizado, principalmente, pela germinação de um campo de espera e ritmo próprio, no qual o desenvolvimento completo de uma experiência pode ser permitido (Winnicott, 1941a).

Cabe, portanto, ao analista, na esteira do movimento interpretativo, orientar-se pelo tempo singular do paciente, de maneira que tanto a apresentação quanto a forma da interpretação possam subsidiar uma apropriação criativa pelo analisando. Como assinala Winnicott, ao comparar a interpretação com o jogo da espátula, a ação interpretativa é um objeto cintilante (espátula reluzente) que excita a voracidade do paciente e, por isso, a sensibilidade quanto ao momento da

⁵¹ O jogo da espátula caracteriza-se por uma situação bem demarcada, na qual se observa a forma como determinado bebê reage a uma espátula reluzente que lhe é acessível (Winnicott, 1941a).

comunicação é imprescindível – afinal, como o próprio autor enfatiza, “[...] a interpretação prematura, em tais circunstâncias, aniquila a criatividade do paciente e é traumática no sentido de ser contrária ao processo de maturação” (Winnicott, 1967e, p.161) e (Winnicott, 1941a).

É elucidativo verificarmos os pontos de junção do que viemos falando com as considerações de Winnicott sobre a interpretação, como, por exemplo, nos atendimentos formatados em consultas terapêuticas. Nelas, como em todo *setting* analítico tradicional, quem dita o ritmo do processo é a criança, o que acarreta em consequências diretas às produções interpretativas. Assim, quando o analista faz uma interpretação que tem como efeito uma discordância ou mesmo uma omissão por parte do infante, ele apressa-se em invalidar o que disse. Nas palavras do autor inglês:

Quando me ocorre fazer uma interpretação e estar errado, a criança é capaz de me corrigir. Algumas vezes naturalmente há uma resistência, o que significa que fiz a interpretação correta e que esta está sendo negada. Mas a interpretação que não funciona significa, sempre, que a fiz no momento errado ou de maneira errada, e a revogo incondicionalmente [...] Interpretações dogmáticas deixam à criança apenas duas alternativas: a *aceitação* do que eu disse como uma doutrina ou a *rejeição* da interpretação, de mim e de toda a situação (Winnicott, 1971c, p.17 a 18).

Essas observações afirmam a caracterização dada por Winnicott às consultas terapêuticas: uma atmosfera de criação, refletida tanto na produção feita com lápis e papel dados à criança – lançando-se a rumos indeterminados –, quanto nas proposições interpretativas. O impulso para o desenvolvimento das interpretações e suas consequências é norteadado pelo paciente, de maneira tal, que Winnicott reafirma a posição da criança em seu direito de rejeitar o que vem do analista. Assim, em nenhum momento ele abre mão de dar ao sujeito que atende a iniciativa e o campo de liberdade próprios ao brincar analítico. Longe de uma arguição doutrinária⁵², produtora de submissão e resistência, a interpretação pode e deve basear-se no terreno fértil e criativo do brincar, tornando-se um “objeto criado e encontrado por ambos [paciente e analista]” (Abadi, 1998, p.198).

Algumas referências centrais encaminham a condução do tratamento analítico e servem como parâmetro para o terapeuta na execução ou não de determinadas ações. As observações expostas acima, de alguma forma, já foram

⁵² Relata Winnicott: “Não tenho absolutamente nada a ganhar convertendo alguém a meu ponto de vista” (Winnicott, 1971c, p.18).

trabalhadas ao longo desta dissertação. Porém, elas possuem tamanha densidade no pensamento de Winnicott que torna-se imprescindível retomá-las aqui, destacando as diversas facetas desta espécie de caleidoscópio interpretativo.

Nesse sentido, a figura da interpretação é construída sobre uma experiência que visa não somente o acesso a conteúdos recalcados, mas que, sobretudo, busca a existência de “acontecimentos” (Safra, 2007). Acontecimentos que possibilitem a resolução dos impasses que norteiam os aspectos fundantes da condição humana. De forma mais ampla, os elementos descritos aqui – tais como o tempo de ação da interpretação, a produção de *insights*, o uso do intelecto, a capacidade egoica do paciente, interpretações concisas, retificações do que foi dito – remetem-nos sempre à condição do paciente na sessão, e, logo, ao alcance maturacional próprio a cada indivíduo em sua trajetória de vida.

Para concluir, acreditamos ter tido êxito em demonstrar que o relevo dado, ao longo do movimento psicanalítico, à tentativa de circunscrever o significado do que seja ou não uma interpretação foi, por assim dizer, posto em segundo plano na teoria winnicottiana. A preocupação do analista inglês alinha-se a um regime eminentemente clínico e foi através dessa perspectiva que tentamos esboçar o lugar e a função da interpretação em sua obra. Seu traço diferencial aparece em sua postura ética frente ao analisando e, neste sentido, trazemos uma contribuição de Guntrip (2006) ao comentar sua análise com Winnicott: “Certa vez, ele disse para mim: ‘nós diferimos de Freud. Ele queria curar sintomas. Nós estamos preocupados com pessoas vivas, vivendo e amando por inteiro’” (Guntrip, 2006, p.403).

5 Considerações Finais

No percurso realizado neste trabalho transitamos pela densa e enriquecedora contribuição de Winnicott à clínica psicanalítica. Dentro desta amplitude de questões, vimos surgir do ponto de vista do autor inglês uma concepção de homem e psiquismo inseridos na natureza, sendo a doença uma quebra da linha de vida eminentemente criativa do sujeito, sobreposta à jornada da condição humana cujo corpo é fonte da subjetividade. Em suas descrições ressalta-se a ideia de processos em permanente devir, perspectiva que nos lança à indeterminação e à importância da noção de experiência em seu pensamento. Fomos, portanto, conduzidos por estes alicerces na tentativa de pensar algumas questões concernentes à obra winnicottiana, das quais a partir de agora retomamos alguns pontos.

No primeiro capítulo, partimos de uma alusão à teoria do amadurecimento pessoal proposta por Winnicott, recorrendo fundamentalmente aos principais processos deste empreendimento humano, ao quais estamos – desde o início da vida – concernidos. Verificou-se que, para o autor inglês, a emergência do sujeito psíquico pressupõe a resolução de múltiplas tarefas e conquistas maturacionais, implicando nesta experiência tanto a figura do cuidador, quanto a de quem é cuidado.

Como foi apontado, existe a necessidade de se considerar a existência de momentos formativos, unificadores, que levam o lactente à passagem de um *self* não integrado à integração das experiências de si. Esse processo denota a relevância do apoio egoico da mãe que possibilitará ao infante experienciar períodos não integrados sem sofrer ameaça ao sentimento de continuidade pessoal. Dessa forma, verificamos que a existência de um fenômeno desintegrador só pode ocorrer após a instalação da integração, em particular, quando experiências de sustentação ambiental se revelaram infrutíferas.

De forma global, os desdobramentos das vivências do bebê concorrem para a promoção da elaboração imaginativa das experiências somáticas, alicerçando e auxiliando o enraizamento da psique no soma. Dessa relação psicossomática surge o que Winnicott denomina como um ornamento especial – a mente, ocupando o lugar dos processos intelectivos. Em razão do que expusemos, constatou-se

também que os estados despersonalizadores, nos quais existe um afrouxamento ou desvinculação da psique com o soma, podem ser caracterizar tanto positivamente como negativamente dependendo da função que estejam exercendo.

No entendimento de Winnicott, vimos o poder da ilusão como possibilitando ao infante ter acesso ao mundo externo. Através dela o indivíduo acredita ter criado os objetos externos que de fato ele havia encontrado e, assim, inicia um processo que, por meio dos objetos transicionais, culmina na construção do sentimento de realidade. Nessa perspectiva, a tarefa final da mãe é desiludir gradualmente o bebê, fato que só poderá ocorrer se inicialmente ela ofereceu variadas oportunidades para a ilusão. São processos contínuos e cada vez mais refinados de ilusão-desilusão-reilusão ao longo do ciclo de vida.

Diante das inúmeras manifestações clínicas tentamos elucidar, no segundo capítulo, os eixos principais que norteiam o diagnóstico e a classificação winnicottiana dos distúrbios psíquicos. Constatamos que, no pensamento de Winnicott, prevalecem as bases de uma concepção processual da natureza humana, fato este que ressoa no uso pragmático do instrumental diagnóstico. De todo modo, o primeiro aspecto a ser vislumbrado no tratamento analítico é se ele deve ou não ser iniciado, e, para isso, o terapeuta deve eliminar qualquer hipótese de fenômenos psicológicos secundários a alguma doença física.

Nesse horizonte, Winnicott não elabora classificações em entidades nosológicas estratificadas, preferindo adotar uma concepção mutativa do diagnóstico. Ao mesmo tempo, seu parâmetro clínico não faz menção a referenciais sintomáticos – procedimento que, segundo o autor inglês, demonstra-se totalmente infrutífero. Em oposição a essas atitudes esquemáticas do campo clínico, o que Winnicott tenta preservar é uma análise dos efeitos desorganizadores do ambiente que acometem o indivíduo em determinado ponto de seu desenvolvimento maturacional. Assim, é fundamental que se possa configurar na história do sujeito a presença ou ausência de adaptações ativas do entorno, bem como as defesas desenvolvidas por aquele frente ao funcionamento ambiental.

A apreciação dessa conduta remete-nos a um tempo de espera, no qual o analista possa avaliar os movimentos transferenciais do paciente e, desse modo, prover os cuidados necessários a cada sujeito. Vislumbra-se então, como decorrência desse processo, uma necessidade maior ou não do remanejamento do

setting analítico – em outras palavras, cabe averiguar a indispensabilidade do que o autor inglês veio a denominar de “análise modificada”.

Pode-se dizer que Winnicott concebe os múltiplos distúrbios psíquicos como arranjos aos traumatismos derivados no relacionamento do vivente com o mundo externo. À luz desses fenômenos, o fator temporal (etiológico) de acometimento das ações disruptivas do meio é determinante na expressão de cada configuração psíquica, pois à época da interferência ambiental – que pode ter ocorrido em qualquer estágio – o infante se deparava com a resolução de diversas tarefas e conquistas maturacionais.

Destacamos que esse modo de ver as complicações do processo maturacional redundava em diferentes quadros clínicos. Os problemas neuróticos, por exemplo, têm sua origem em relações triangulares, nas quais a temática da ambivalência ganha relevo na dinâmica psíquica do indivíduo. A psicose, entretanto, remete-nos à adoção de defesas contra o colapso oriundo de agonias primitivas que, por sua vez, não puderam ser integradas em uma experiência pessoal devido à inexistência de um senso unitário ao sujeito. Já a tendência antissocial figura não como um diagnóstico, mas consiste em um comportamento que pode ser expresso em qualquer distúrbio, cuja origem remonta a uma privação – ou seja, a perda de um ambiente que outrora foi satisfatório às necessidades requeridas para o amadurecimento pessoal.

Por fim, utilizando as noções de atual e virtual de Bergson, assinalamos o fator relacional do verdadeiro e do falso *self*. Segundo a articulação por nós proposta, o verdadeiro *self* concerniria a uma potência virtual, criativa, que se encontra em permanente relação com a função do falso *self*. Esta última dimensão do vivente pode se apresentar tanto como protetora do *self* espontâneo, como inviabilizadora da emergência dos processos criativos do sujeito. Assim, é pela expressão do virtual (virtualidade do verdadeiro *self*) na atualidade do falso *self* que o sujeito se lança às experiências criativas e geradoras do sentimento de que a vida vale a pena de ser vivida. Porém, todo esse movimento só é possível se for alicerçado por um ambiente ativo e sustentador que acolha e permita a expressão pelo sujeito de seu gesto espontâneo.

Conforme descrevemos ao longo da dissertação, no atendimento a qualquer forma de configuração subjetiva, é imprescindível que consideremos a genealogia de sua formação levando em conta o relacionamento indivíduo-ambiente. Dessa

maneira, mesmo com um paciente que tenha certo grau de amadurecimento (um processo integrador favoravelmente constituído, como, por exemplo, se supõe na manifestação neurótica), faz-se necessário um exame das experiências primevas do indivíduo, em seu percurso de acolhimento pelo meio circundante, tanto de suas tendências inatas como de seu movimento espontâneo.

Depois de descrevermos os principais quadros clínicos relatados por Winnicott, centramos nossa atenção na função do *holding* e da interpretação como ferramentas terapêuticas importantes para a atuação do analista. Perguntamo-nos se haveria alguma dicotomia entre a função interpretativa e o processo denominado pelo autor inglês de manejo (*management*). Após percorrer a obra de Winnicott e levando em consideração a explanação de alguns autores contemporâneos, verificamos a existência de interpretações cujo emprego se direciona a uma necessidade de manejo.

A partir dessa constatação – interpretações configuradas como *holding* – propusemos nomear este acontecimento analítico como “interpretação-*holding*”. Nossa tentativa objetivou, portanto, desfazer possíveis leituras dicotômicas e polarizantes entre essas duas dimensões da prática analítica, ao mesmo tempo em que tentamos resguardar as especificidades presentes nos dois processos.

Nesse contexto, dividimos o terceiro capítulo para fins didáticos em *holding*, interpretação-*holding* e interpretação. Tal divisão norteou-se de modo a realçarmos alguns aspectos essenciais do tratamento analítico, pretendendo não perder de vista a inseparabilidade presente em cada forma de manejo clínico. Destacamos, assim, o *holding* como uma espécie de extensão dos cuidados maternos feita pelo analista ao paciente, na qual são providas as condições para um movimento regressivo do indivíduo, e onde ganham destaque a dimensão silenciosa de comunicação e a vivência empática. Todo esse processo tem como ponto de partida a confiabilidade no analista: elemento despertado pela experiência análoga à da mãe com seu bebê, na medida em que o terapeuta atende as necessidades do paciente e deixa-se ser “inventado” pelo último.

Por outro lado, em relação à interpretação-*holding* foi possível verificar que esse tipo de intervenção também possui a função de fomentar o movimento do processo maturacional do indivíduo que se encontra de alguma forma obstaculizado. Da mesma forma que no *holding*, ocorre a experiência de uma dimensão empática que abarca o sofrimento e possibilita a sustentação das

ansiedades vividas pelo paciente. A título de exemplo, disponibilizamos alguns fragmentos clínicos que contribuíram para enriquecer as formulações sobre o *holding* interpretativo, principalmente nas articulações do retraimento para a regressão, e na atribuição dada ao meio para a constituição subjetiva do ser humano.

Por fim, destacamos algumas perspectivas da função interpretativa no campo analítico, em suas múltiplas facetas: emprego do intelecto, estabelecimento de *insights*, capacidade maturacional do paciente, comunicações sucintas, momento de execução da interpretação e outras variantes. De forma geral, conseguimos depreender que para Winnicott a interpretação é somente uma das ferramentas disponíveis das quais o analista se utiliza para retomar processos maturacionais que se encontram estagnados. Nesses termos, não existe um instrumento *princeps* na condução do tratamento analítico, pois a ênfase posta por Winnicott está na utilização de qualquer estratégia que possa delinear-se como terapêutica na medida em que vai de encontro ao potencial criativo de cada sujeito acolhido como paciente.

Considerando, portanto, no percurso empreendido ao longo da dissertação, ressaltamos o valor de não ordenarmos as modalidades interpretativas em alguma espécie de escala hierárquica. Do mesmo modo, esse posicionamento também desfaz as segmentarizações presentes nos posicionamentos – como interpretar e não interpretar –, visto que o tempo de acometimento de um é a porta de entrada do outro. Obviamente, tal visão não pretende apagar as especificidades de cada processo, mas simplesmente demarcar uma noção cara ao pensamento winnicottiano: o *continuum* de fluxos presentes em qualquer acontecimento humano, e, conseqüentemente, no âmbito analítico.

É importante compreendermos o que foi dito nesta dissertação, tendo em mente os desdobramentos da clínica winnicottiana. Assim, tanto as etapas maturacionais, como os critérios diagnósticos, e os possíveis manejos clínicos devem ser orientados para uma trajetória pessoal que, em última instância, permita ao indivíduo brincar, levando-o a um percurso de vida cuja escrita seja regida de forma eminentemente criativa.

6

Referências Bibliográficas

ABADI, SONIA. **Transições: O modelo terapêutico de D. W. Winnicott.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

_____, **Explorações: perder-se e achar-se no espaço potencial.** In: Revista Brasileira de Psicanálise, v.36, n.1, p. 897-816, 2002.

ABRAHAM, JAN. **A Linguagem de Winnicott.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ANFUSSO, ADRIANA. **De la elocuencia de los cuerpos.** In: Anais do IX Encontro Latino Americano sobre o Pensamento de D.W. Winnicott. O Homem e Seu Ambiente: Encontros e Desencontros. Rio de Janeiro: Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 10.,2000.

BERGSON, HENRI. **Memória e Vida.** São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____, **Matéria e Memória: ensaio sobre a relação do corpo com o espírito.** São Paulo: Martins Fontes, 2010.

BOLOGNINI, STEFANO. **A empatia psicanalítica.** Rio de Janeiro: Cia. De Freud, 2008.

BONAMINIO, VINCENZO. **Nas margens de mundos infinitos...: A presença do analista no espaço transicional em uma perspectiva contemporânea do pensamento de Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 2011.

COSTA, JURANDIR FREIRE. **O risco de cada um: e outros ensaios de psicanálise e cultura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DAVID & DAVID WALLBRIDGE. **Limite e espaço: uma introdução à obra de D.W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 1982.

DELEUZE, GILLES. **Bergsonismo.** São Paulo: Ed.34, 2008.

DESSAIN, BÉATRICE. **Winnicott: ilusão ou verdade.** São Paulo: Loyola, 2011.

DIAS, EISA OLIVEIRA. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 2003

_____, **A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica.** *Natureza Humana* 10(1): 29-46, jan.-jun. 2008

_____, **A teoria das psicoses em D.W.Winnicott.** Tese de doutorado apresentada na PUC/São Paulo em 1998.

_____, **O uso da interpretação na clínica do amadurecimento.** *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 588-601, dezembro 2008

_____, **Da interpretação ao manejo.** In: REIS, ROSA (Org). *O pensamento de Winnicott: a clínica e a técnica.* São Paulo: DWW Editorial, 2011.

FIGUEIREDO, LUÍS CLÁUDIO. **Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea.** São Paulo: Escuta, 2003.

_____, **Ética e técnica em psicanálise.** São Paulo: Escuta, 2008.

_____, **As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea.** São Paulo: Escuta, 2009

_____, **Transferência, contratransferência e outras coisinhas mais ou Esquizoidia e narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea ou A chamada pulsão de morte;** 2002. Acesso online em janeiro de 2012: http://egp.dreamhosters.com/textos/figueiredo_luiz_Claudio-transferencias.shtml

FONTES, IVANISE. **Psicanálise do Sensível: Fundamentos e Clínica.** São Paulo: Idéias e Letras, 2010.

GONDAR, JÔ. **Winnicott, Bergson, Lacan: Tempo e Psicanálise.** In: *Ágora*, Rio de Janeiro, vol. IX, pp. 103- 117, n. 1, 2006

GRAÑA, ROBERTO BARBACENA. **Origens de Winnicott: ascendentes psicanalíticos e filosóficos de um pensamento original.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GUNTRIP, HARRY. **Minha experiência de análise com Fairbairn e Winnicott: Quão completo é o resultado atingido por uma terapia psicanalítica?** In: *Natureza Humana* 8(2): 383-411, 2006.

GURFINKEL, DÉCIO. **Fé perceptiva e experiência de realidade.** In: Natureza Humana, N°3, vol.1, pp. 141 – 173, 2001.

_____, **Do sonho ao trauma: psicossoma e adicções.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

JUNIOR, NELSON COELHO; JUNQUEIRA, CAMILA. **Interpretação e manejo do enquadre na clínica de pacientes-limite.** Rio de Janeiro: Tempo Psicanalítico, V.40.1, P.137-157, 2008.

KAHR, BRET. **A vida e a obra de D. W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Exodus, 1967.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da Psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

LEJARRAGA, ANA LILA. **Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott.** In: Natureza Humana 10(2): 115-148, 2008.

LINS, M.I.A; LUZ. R. (org). **D. W. Winnicott: experiência clínica & experiência estética.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

_____, **O self e o ego na obra de D.W.Winnicott.** In: Revista Brasileira de Psicanálise, vol.36, N°4, pp. 779 – 805, 2002

LITTLE, MARGARET I. **Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 1992.

LOPARIC. Z. **O animal humano.** In: Natureza Humana, N°2, vol.2, pp. 351 – 397, 2000

_____, **Winnicott e o pensamento pós-metafísico.** In: Psicologia USP, N°2, vol.6, pp. 39 – 61, 1995

MELLO FILHO, JULIO DE. **O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

NETO, ALFREDO NAFFAH. **As funções da interpretação psicanalítica em diferentes modalidades de transferência: as contribuições de D.W.Winnicott.** São Paulo: Jornal de Psicanálise, V. 43 (78): 79-90, 2010.

_____, **O caso Margareth Little: Winnicott e as bordas da psicanálise.** São Paulo: Jornal de Psicanálise, 41(75): 107-121, 2008.

OGDEN, THOMAS H. **Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____, **Lendo Winnicott**. In: Revista Brasileira de Psicanálise, v.36, n.1, p. 737-755, 2002.

ORTEGA, FRANCISCO. **Para uma política da amizade: Arendt, Derrida, Foucault**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

PHILIPS, ADAM. **Winnicott**. São Paulo: Idéias & Letras, 2006.

PLASTINO, CARLOS ALBERTO. **O verdadeiro self: uma “essência” que é criação**. 2008, não-publicado.

RODMAN, F. ROBERT. **Winnicott: life and work**. Cambridge: De Capo Press, 2003.

RODULFO, RICARDO. **Trabajos de la lectura, lecturas de la violència: lo creativo-lo destructivo en el pensamiento de Winnicott**. Buenos Aires-1ª ed: Paidós, 2009.

SAFRA, GILBERTO. **A Face Estética do Self: teoria e clínica**. São Paulo: Unimarco, 2005.

_____, **Seminário realizado no Departamento de Psicanálise da Criança do Instituto Sedes Sapientiae**. In: FERREIRA, Afrânio de Matos (org.) Espaço Potencial – Winnicott, diversidade e interlocução. São Paulo: Landy Editora, 2007.

_____, **Momentos mutativos em Psicanálise: uma visão winnicottiana**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SOUZA, OCTÁVIO. **Empatia, holding e interpretação**. (Não publicado, s/d).

_____, **Defesa e Criatividade em Klein, Lacan e Winnicott**. In: *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

VASCONCELOS DE ANDRADE, ELAINE; BEZERRA JR. **Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana**. Ciência e Saúde Coletiva, Vol.14, Núm.2, abril, 2009, pp. 445-453.

WINNICOTT, D.W. *Natureza Humana*. Tradução de Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____, *O gesto espontâneo*. Tradução de Luís Carlos Borges. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1935a) **A defesa maníaca**. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1941a) **A observação de bebês em uma situação estabelecida**. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1945a) **Desenvolvimento emocional primitivo**. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1947a) **O ódio na contratransferência**. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1948a) **Introdução primária à realidade externa: os estágios iniciais**. In: *Pensando sobre crianças*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____, (1948b) **Pediatria e psiquiatria**. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1948c) **Necessidades ambientais; os estágios iniciais; dependência total e independência essencial**. In: *Pensando sobre crianças*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____, (1949a) **Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade**. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1949b) **O bebê como pessoa**. In: *A criança e o seu mundo*. Tradução de Álvaro Cabral. 6.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

_____, (1949c) **A mente e sua relação com o psique-soma**. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1949d) **O mundo em pequenas doses**. In: *A criança e o seu mundo*. Tradução de Álvaro Cabral. 6.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

_____, (1950a) **Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional**. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1950b) **Sobre a criança carente e de como ela pode ser compensada pela perda da vida familiar**. In: *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1951a) **Objetos transicionais e fenômenos transicionais**. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1952a) **Ansiedade associada à insegurança.** In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1952b) **Psicose e cuidados maternos.** In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1953a) **Objetos transicionais e fenômenos transicionais.** In: *O Brincar e a Realidade*. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanedo Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____, (1954a) **Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico.** In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1954b) **A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal.** In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1954c) **Retraimento e regressão.** In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1955a) **Variedades clínicas da transferência.** In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1956a) **Preocupação materna primária.** In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1956b) **A tendência anti-social.** In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____, (1958a) **A capacidade para estar só.** In: *O ambiente e os processos de maturação*. Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1958b) **O primeiro ano de vida.** Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1958c) **A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais.** In: *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1958d) **Análise da criança no período de latência.** In: *O ambiente e os processos de maturação*. Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1959a) **O destino do objeto transicional.** In: *Explorações psicanalíticas*. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1959b) **Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança.** In: *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1960a) **Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____,(1960b) **Teoria do relacionamento paterno-infantil.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____,(1960c) **Os efeitos da psicose sobre a vida familiar. Concepções modernas do desenvolvimento emocional.** In: *A família e o desenvolvimento individual.* Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1960d) **Contratransferência.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1961a) **Psiconeurose na infância.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1961b) **Tipos de psicoterapia.** In: *Tudo começa em casa.* Tradução de Paulo Sandler. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1961c) **Observações adicionais sobre a Teoria do Relacionamento Parento-filial.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1962a) **A integração do ego no desenvolvimento da criança.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1962b) **Provisão para a criança na saúde e na crise.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1962c) **Os objetivos do tratamento psicanalítico.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1963a) **Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1963b) **Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1963c) **Os doentes mentais na prática clínica.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1963d) **O medo do colapso (Breakdown).** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1963e) **Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1963f) **Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1963g) **O valor da depressão.** In: *Tudo começa em casa.* Tradução de Paulo Sandler. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1963h) **A psicoterapia de distúrbios de caráter.** In: *Privação e delinquência.* Tradução de Álvaro Cabral. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1964a) **Transtorno [disorder] psicossomático.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1964b) **Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1964c) **A juventude não dormirá.** In: *Privação e delinquência.* Tradução de Álvaro Cabral. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1964d) **O conceito de falso self.** In: *Tudo começa em casa.* Tradução de Paulo Sandler. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1964e) **O recém-nascido e sua mãe.** In: *Os bebês e suas mães.* Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____, (1965a) **Uma nova luz sobre o pensar infantil.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1965b) **Introdução.** In: *O ambiente e os processos de maturação.* Tradução de Iríneo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____, (1966a) **A mãe dedicada comum.** In: *Os bebês e suas mães.* Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____, (1966b) **A criatividade e suas origens.** In: *O Brincar e a Realidade.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanedo Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____, (1967a) **O conceito de indivíduo saudável.** In: *Tudo começa em casa.* Tradução de Paulo Sandler. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1967b) **A localização da experiência cultural.** In: *O Brincar e a Realidade.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanedo Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____, (1967c) **O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1967d) **A delinqüência como sinal de esperança.** In: *Tudo começa em casa.* Tradução de Paulo Sandler. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1967e) **O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil.** In: *O Brincar e a Realidade.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanedo Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____, (1968a) **A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências.** In: *Os bebês e suas mães.* Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____, (1968b) **A amamentação como forma de comunicação.** In: *Os bebês e suas mães.* Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____, (1968c) **A interpretação na psicanálise.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1968d) **O brincar: uma exposição teórica.** In: *O Brincar e a Realidade.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanedo Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____, (1968e) **Sobre o uso de um objeto.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1969a) **Fisioterapia e relações humanas.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1969b) **O uso de um objeto e relacionamento através de identificações.** In: *O Brincar e a Realidade.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanedo Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____, (1969c) **A experiência mãe-bebê de mutualidade.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1970a) **Sobre as bases para o self no corpo.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1970b) **Vivendo de modo criativo.** In: *Tudo começa em casa.* Tradução de Paulo Sandler. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1970c) **Individuação.** In: *Explorações psicanalíticas.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____, (1970d) **Assistência residencial como terapia.** In: *Privação e delinqüência.* Tradução de Álvaro Cabral. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____, (1971a) **Sonhar, Fantasiar e Viver: Uma História Clínica que Descreve uma Dissociação Primária.** In: *O Brincar e a Realidade.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanedo Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____, (1971b) **Introdução.** In: *O Brincar e a Realidade.* Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanedo Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____, (1971c) **Introdução.** In: *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.* Tradução de Joseti Marques Xisto Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984.