

## As principais contribuições de Winnicott à prática clínica

Orestes Forlenza Neto\*

**Resumo:** O trabalho de Winnicott abre-nos possibilidades de analisar pacientes difíceis, com a teoria do “amadurecimento pessoal” e o uso dos fenômenos de “regressão à dependência” na interação paciente/analista, que fornece o *holding* necessário e deve decidir quando falar e quando silenciar, particularmente nas situações de “descongelamento” do trauma, quando a aceitação das críticas do paciente às falhas do analista, sem revidar ou se justificar, é um importante elemento de retomada do desenvolvimento, sobretudo em casos de pacientes *bordelines*, esquizóides e narcísicos graves, nos quais o mais importante é a “sobrevivência do analista”.

**Palavras-chave:** dependência absoluta; regressão à dependência; *holding*; descongelamento da situação traumática; destruição e sobrevivência do analista; manejo do *setting*.

Em decorrência de suas atividades clínicas de pediatra e psicanalista e de sua refinada capacidade de observação e sensibilidade, Winnicott abriu uma nova perspectiva para a atividade clínica, ao mesmo tempo em que formulará uma teoria do amadurecimento pessoal (Winnicott, 1963a/1982, p. 79-87). Chamo a atenção sobretudo para a palavra *pessoal*, que indica sempre o respeito à individualidade e singularidade da criança em desenvolvimento – os ritmos e as peculiaridades de cada uma devem ser sagradamente respeitados. Embora seja uma teoria aplicável às crianças em geral, será na prática clínica que vamos apurar a aplicação desses princípios.

Outro psicanalista genial – Sandor Ferenczi (1928/1982) – também nos indicou a necessidade de rever a técnica psicanalítica; contudo, faltou-lhe organizar suas observações clínicas dentro de uma visão mais ampla, nos moldes em que Winnicott formulou sua teoria do amadurecimento pessoal. Ambos não se conformaram com os limites colocados por Freud quanto à impossibilidade de se analisarem neuroses narcísicas, psicoses, distúrbios delinqüenciais e outras moléstias graves. Segundo o criador da psicanálise, tais pacientes não apresentariam condições de transferência adequadas para serem analisados.

Winnicott, de certo modo, manteve a conceituação de transferência como aplicável aos pacientes que, em seu amadurecimento, já haviam atingido o estado de integração, já habitavam o próprio corpo, tinham um limite separando o eu do não-eu e já podiam se re-

\* Analista didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo SBPSP.

lacionar como pessoas totais com outras pessoas totais; neles já se constituía um consciente e um inconsciente dinâmico, com a censura e a repressão. Nesses pacientes, o passado recalcado viria ao presente na relação analítica. Entretanto, no grupo que não atingiu esse estado evolutivo, não se pode falar de transferência, mas de “viver pela primeira vez”, na relação analítica, os cuidados ambientais adequados – o passado não vem ao presente; o presente deve ser o passado que não aconteceu. Isto se dá quando ocorre o fenômeno da regressão à dependência absoluta (Winnicott 1963b/1982, p. 225-233).

Para Winnicott (1954/1978), a regressão é o oposto da progressão, e nada tem a ver com regressão da libido a etapas anteriores do desenvolvimento libidinal. A regressão à dependência absoluta se refere à fase em que a criança depende absolutamente dos cuidados maternos, mas não tem condições de reconhecê-los como procedentes do exterior. A isso ele denomina de “dupla dependência”, pelo fato de o bebê depender dos cuidados maternos, que no início devem ser quase perfeitos, e desconhecer a origem deles. Mais tarde, quando o *self* (si-mesmo) estiver mais desenvolvido e o ego mais fortalecido, teremos a fase de dependência relativa, rumo à independência. Então os cuidados maternos serão gradativa e sensivelmente retirados, de acordo com a tolerância do bebê.

Uma vez regredido à dependência, o paciente pode reagir às falhas do analista, frequentemente com ataques verbais violentos, por vezes desproporcionais às falhas. Assim, pela primeira vez, pode se queixar do ambiente falho, pois, até aqui, o não reconhecimento da exterioridade dos cuidados fazia com que ele sentisse as falhas ambientais como fracassos de si mesmo. Ferenczi já preconizava que o analista reconhecesse seus erros sem enveredar pela desculpa de incurabilidade do paciente ou de resistências por ele opostas à análise.

Winnicott (1954/1978, p. 466) denominou esses momentos de “descongelamentos” e afirmou que, nesses episódios, o analista não deve se justificar nem interpretar (principalmente em termos de inveja e voracidade), devendo aguardar o momento oportuno para comentar o assunto. Qualquer outro procedimento estaria repetindo a falha provisional original. Já em 1933, em seu artigo “Confusão de linguagem entre adulto e criança”, Ferenczi advertia para o risco de a prática clínica se tornar uma “relação pedagógica” ou a técnica se transformar em “tecnologia”. Ouvindo atentamente as críticas dos pacientes que o acusavam de ser frio, duro, insensível, cruel, egoísta e presunçoso, ele se indagava se, apesar de suas boas intenções conscientes, não haveria algo de verdadeiro nessas acusações. Mais tarde, Winnicott (1963b/1982) dirá que o analista, em certos casos, é mais importante pelos seus erros do que pelos acertos e que a percepção da falha do analista permite ao paciente ficar furioso, apropriadamente, em vez de traumatizado...

Temos que tolerar ser mal compreendidos, quando a reação é muito desproporcional em relação à falha do analista [...] De modo que no final temos êxito por falhar – falhar no sentido do paciente.

Deste modo, a regressão pode estar a serviço do ego, se recebida pelo analista e transformada em uma nova dependência, na qual o paciente traz o fator prejudicial externo para a área do controle onipotente e para a área controlada pelos mecanismos de projeção e introjeção [...]. Muitas vezes o paciente nos fará falhar de forma determinada pela própria história (Winnicott 1963b/1982, p. 233).

As situações traumatizantes estão aquém das recordações e verbalizações, só podendo ser resgatadas através da exteriorização do paciente, com os conseqüentes turbilhões emocionais na relação analítica, com a imprescindível continência do analista, que se vê envolvido em variadas e penosas emoções. Dessa forma, a técnica clássica de recordação e explicação foi cedendo lugar ao vivenciar e compartilhar com o analista.

O núcleo do desenvolvimento psíquico só poderá ser retomado na interação paciente-analista em nova versão da relação mãe-bebê. Diferentemente da “posição neutra e espelhadora” da análise clássica, a interação bipessoal, que assume conscientemente o impacto sobre o paciente e a responsabilidade do analista, são fatores de êxito do trabalho psicanalítico. Tão essenciais aos pacientes difíceis, essas contribuições são imprescindíveis em qualquer análise. O modo pré-verbal de se comunicar do paciente provoca no analista estados subjetivos afetivos que poderão ser reformulados verbalmente. Essa é a maneira de a criança “falar” com sua mãe. Dentro da concepção winnicottiana, a regressão deixa de ser um mecanismo de defesa a ser evitado a todo custo, por provocar *acting-out*, para se tornar indispensável, pois provê a oportunidade de experimentar, na relação analítica, as falhas ambientais e de vivenciar partes dissociadas na relação primitiva mãe-bebê. Antes de Winnicott, a psicanálise vinha superestimando as “fantasias” e subestimando as reais experiências traumáticas.

Cabe ao analista, após a tormenta emocional, encontrar as palavras para a realidade do sofrimento do paciente. É a captação, pelo paciente, da disponibilidade do analista nessa participação que permite o movimento de regressão. O propósito da regressão não é prover uma experiência emocional corretiva, mas permitir ao paciente deparar-se com situações emocionais que agora podem ser vividas e, conseqüentemente, integradas. Essa é a fase mais desafiadora para analistas e pacientes, devido à dor sofrida por ambos e à raiva que é dirigida ao analista. Habitualmente a “pontaria” do paciente “acerta” nos pontos mais vulneráveis do analista. A análise que chegou até esse ponto só poderá prosseguir se o analista estiver apto a elaborar a dor despertada e puder admitir que inadvertidamente pode ter colaborado para despertar o sofrimento do paciente.

Se o analista (Winnicott, 1963b/1982) interpretar os “ataques” do paciente, essa atitude é sentida como manobra defensiva, ou seja, indica que o analista não pode admitir suas falhas. As interpretações verbais não são essenciais nesses casos; o que importa é a “sobrevivência do analista” e o prosseguimento do processo, com o analista não entrando em disputa com o paciente. A situação “exige muito” do analista e provoca muita dor.

Outras vezes, o paciente regredido à dependência absoluta, além de não atacar o analista, fica em silêncio, o que pode exigir que o analista silencie também, porque, quando fala, ele convida o paciente a reconhecer sua presença, a compreender suas palavras, enfim, a sair de seu estado regressivo infantil e se dirigir ao mundo adulto e, portanto, falso naquele momento.

O grande trabalho do analista é consigo mesmo – o trabalho de lidar com seu “sentimento de inexistência”. Existe o risco oposto, quando ele revida se retraindo no silêncio defensivo e sai do tão necessário silêncio atento e conectado com o paciente, numa sintonia que nos remete ao fenômeno da “preocupação materna primária” descrita por Winnicott (1956/1978) nos primórdios da relação mãe-bebê. Assim, quando captar o momento de falar, o analista deve assistir o paciente para que este reconheça suas necessidades intocadas, pois sabemos que, nos pacientes que precisam regredir, existe de forma latente a crença na

possibilidade de corrigir a falha original. O perigo reside na inaptidão do analista para ir ao encontro da regressão e da dependência absoluta correspondente.

Winnicott define *regressão* como a volta ao ponto em que o amadurecimento do *self* foi interrompido, num estágio anterior ao estabelecimento do si-mesmo como entidade, ao longo de um processo que envolve a disponibilidade do par analítico. No passado ocorreu a falha materna, que assumiu o caráter de invasão e mobilizou a reação do bebê para se defender das ameaças de aniquilamento; isso leva à dissociação do núcleo do *self* (o verdadeiro si-mesmo) dos elementos defensivos, que vão redundar no falso-*self* submisso ao ambiente, o qual encapsula o *self* verdadeiro e interrompe o processo de amadurecimento natural do “vir-a-ser” do bebê (Winnicott, 1960/1982, p. 128-139).

É na regressão à dependência absoluta que esses estágios primitivos podem ser retomados, com a assistência adequada do analista, que fornecerá a possibilidade de integração, com a elaboração das emoções até o momento inomináveis. Com seu *holding*, o analista poderá entrar em contato com as mais profundas ansiedades que aguardam ser experienciadas e nominadas na nova provisão ambiental: “O paciente regride porque uma nova provisão ambiental permite a dependência absoluta que é necessária para retomar o desenvolvimento” (Winnicott, 1954/1978).

É um gesto de esperança. A regressão ocorre por se reconhecer a experiência intrusiva ou de privação e pela capacidade do analista de conter a raiva, a dor e o temor sem ser destruído, sem interromper a análise. É “sobrevivendo” que o analista pode levar o paciente à retomada do desenvolvimento. Despistar, desviar ou evitar qualquer elemento assustador é uma resposta perigosa, passível de ser captada pelo paciente mesmo que o analista não esteja se dando conta do que lhe sucede. Quando o paciente manifesta desapontamento com o analista, o risco é que este devolva na mesma moeda, que dispute com o paciente, que se autodefenda, replicando a falha provisional básica e agindo por vezes como a mãe que quer impedir as manifestações de dor e raiva de seu bebê, ou que tenta aquietá-lo distraíndo-o do foco doloroso. Dar crédito, poder comentar oportunamente e reconhecer abertamente os próprios erros torna-se crucial nesses momentos.

Daí em diante, tendo sido atingido este estágio, os mecanismos projetivos auxiliam no *ato de notar o que está ali, mas não constituem o motivo pelo qual o objeto está ali*. Em minha opinião, isso se afasta da teoria que tende a conceber a realidade externa apenas em termos dos mecanismos projetivos do indivíduo (Winnicott, 1971/1975, p. 121-171; grifos do original).

O respeito ao silêncio do paciente e a tentativa de uma compreensão mais ampla desse silêncio foram um dos aspectos clínicos expandidos por Winnicott. Nem sempre o paciente está se defendendo através do silêncio; ele pode estar se comunicando, silenciosamente, com seu núcleo pessoal: “À medida que o objeto muda de ser subjetivo a ser objetivamente percebido [...], quando é subjetivo, é *desnecessário que a comunicação com ele seja explícita*” (o grifo é de Winnicott). Portanto, o mergulho na comunicação silenciosa com os objetos subjetivos ocorre periodicamente, mesmo em casos menos graves, como uma forma de restaurar o sentimento de realidade.

Vemos aqui uma nova expressão dos paradoxos de Winnicott: sempre haverá objetos subjetivos e objetivos e o incessante caminhar para a realidade e o uso de objetos. A par dis-

so, sempre persistirá uma comunicação silenciosa com o objeto subjetivo, como um refúgio e uma forma preventiva de não se ligar tão facilmente com algum grau de relações objetivas falsas ou submissas; a comunicação silenciosa e secreta com objetos subjetivos restaura o senso de real para o si-mesmo (Winnicott 1963c/1982, p. 166-168).

Todos esses elementos fazem parte do que ele denominou de “manejo do *setting*”. A experiência analítica é um processo muito maior do que um conjunto de interpretações. O silêncio do analista faz parte do manejo técnico do *setting*, juntamente com outros elementos, como prolongar a duração da sessão, permitir que o paciente ande pela sala, que se sente ou fique de pé etc. Outras vezes, torna-se necessário realizar mais de uma sessão por dia. Seguramente e com grande frequência nos casos graves, o analista é apenas uma continuação do *setting*; embora estando presente e atento, pode ser aparentemente “ignorado” ou não notado pelo paciente. Essas posturas estão de acordo com as formulações de regressão à dependência absoluta, ilusões de onipotência, não reconhecimento do não-eu e, por fim, do *setting* como facilitador do aparecimento e desenvolvimento do verdadeiro si-mesmo (*self*) e das necessidades básicas ligadas a ele.

Segundo Winnicott, o *holding* existe quando entramos em contato com o paciente de modo profundo. Para isso o analista funciona em dois níveis simultâneos: de um lado, suspendendo suas defesas contra as mesmas ansiedades, as mesmas ameaças de aniquilamento, o mesmo medo de perda de identidade que tem o paciente, e, de outro, mantendo o sentimento de identidade própria e de realidade. É dessa forma que empresta sua estrutura egóica, quando isso se torna mais importante do que suas interpretações.

Winnicott (1971/1975, p. 95-120) chama de “apercepção criativa” a experiência subjetiva que o bebê tem do ambiente materno, o que permitiria à criança se desenvolver a partir de seu núcleo. Somados ao “elemento feminino puro” materno, os cuidados adequados permitem ao bebê a ilusão de “criar o seio”, necessária à onipotência ilusória da fase de dependência absoluta. Se o paciente regride a essa fase, o analista precisa proceder de modo a não impor a própria presença como objeto não-eu, o que muitas vezes demanda silêncio atencioso, mais que qualquer fala ou interpretação.

O analista suprime a necessidade do jogo ilusório materno privilegiando a criatividade em todos os níveis, cuidando para que o “fazer analítico” não paralise o processo criativo. A técnica winnicottiana, assim, recoloca o problema do “lugar do analista” juntamente com a constituição do sujeito psíquico e sua relação com o ambiente facilitador, sendo essa interação o elemento estruturante por excelência, não se podendo aceitar a vida psíquica como subproduto da organização libidinal.

Em contrapartida, Winnicott (1960/1982) nos diz que, em certas ocasiões, interpreta para que o paciente não fique com a impressão de que compreendeu tudo. “Dito de outra forma, eu retenho certa qualidade externa, por não acertar sempre no alvo ou mesmo estar errado” (p. 153). Em 1963, ele acrescentará:

É somente aqui, no lugar que o analista não mudou de objeto subjetivo para um que é objetivamente percebido, que a psicanálise é perigosa, e o perigo é tal que pode ser evitado, se soubermos nos comportar. Se esperarmos nos tornar percebidos objetivamente no devido tempo pelo paciente, mas se falharmos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico (que é equivalente ao processo maturativo do lactente e da criança), subitamente nos tornamos *não-eu* para o pa-

ciente, então sabemos demasiado, e ficamos perigosos porque estamos demasiados próximos à comunicação com o núcleo central quieto e silencioso da organização do ego do paciente.

Em nosso trabalho, especialmente ao trabalhar com aspectos da personalidade que são mais esquizóides do que neuróticos, na verdade esperamos se soubermos reconhecer que o paciente nos diga, e assim fazendo criativamente, faça a interpretação que poderíamos ter feito. Se fizermos a interpretação a partir de nossa esperteza e experiência, o paciente deve recusá-la ou destruí-la. Um paciente com anorexia está me ensinando a essência do que estou dizendo agora à medida que escrevo (Winnicott, 1963, p. 171-172).

### ***Las principales contribuciones de Winnicott a la práctica clínica***

**Resumen:** *El trabajo de Winnicott abre posibilidades de analizar pacientes difíciles, con la teoría de la “maduración personal” y el uso de los fenómenos de “regresión a la dependencia” en la interacción paciente y analista, que ofrece el holding necesario y debe decidir cuando hablar y cuando silenciar, particularmente en las situaciones de “descongelamiento” del trauma, cuando la aceptación de las críticas del paciente a las fallas del analista, sin retrucar o justificarse, es un elemento importante de retomada del desarrollo, sobre todo en los casos de pacientes borderline, esquizoides y narcísicos graves, donde lo más importante es la “supervivencia del analista”.*

**Palabras claves:** *dependencia absoluta; regresión a la dependencia; holding; descongelamiento de la situación traumática; destrucción y supervivencia del analista; manejo del setting.*

### ***Winnicott’s main contributions to clinical practice***

**Abstract:** *Winnicott offers possibilities of analysing difficult patients, with theory on “personal maturation” and the usage of “regression to dependence” phenomenon in the interaction between patient and analyst, which supplies the necessary “holding” and has to decide when to speak and when to be silent, mainly in trauma “defrosting” situations, in which acceptance of patient’s criticism towards the analyst’s faults, lacking revenge or justification, is an important element for reconducting development, mainly in cases of borderline, schizoid and severely narcissistic patients, where the most important aspect is the “analyst’s survival”.*

**Keywords:** *absolute dependence; regression to dependence; holding; traumatic situations defrost; analyst’s destruction and survival; setting management.*

### **Referências**

Ferenczi, S. (1982). **Elasticité de la technique psychanalytique.** In *Psychanalyse 4. Oeuvres complètes.* Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 1928.)

\_\_\_\_\_. (1982). Confusion de langue entre les adultes et l’enfant. In *Psychanalyse 4. Oeuvres complètes.* Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 1933.)

Winnicott, D. W. (1978). Aspectos clínicos metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In *Da pediatria à psicanálise.* Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954.)

- \_\_\_\_\_ (1978). Preocupação materna primária. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956.)
- \_\_\_\_\_ (1982). Distorção do ego em termos de verdadeiro e falso *self*. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960.)
- \_\_\_\_\_ (1982). Os objetivos do tratamento psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960.)
- \_\_\_\_\_ (1982). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963a.)
- \_\_\_\_\_ (1982). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação analítica. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963b.)
- \_\_\_\_\_ (1982). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de opostos. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963c.)
- \_\_\_\_\_ (1975). A criatividade e suas origens. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971a.)
- \_\_\_\_\_ (1975). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971b.)

[Recebido em 20.3.2008; aceito em 8.4.2008]

Orestes Forlenza Neto

[Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo SBPSP]

Rua Sergipe, 441/112 – Consolação

01243-001 – São Paulo SP – Brasil

Tel. 55 11 3661-8519