KARIN KRISTINA PRADO TELLES

O MANEJO TERAPÊUTICO EM WINNICOTT: a clínica contemporânea

ASSIS

2011

KARIN KRISTINA PRADO TELLES

O MANEJO TERAPÊUTICO EM WINNICOTT: a clínica contemporânea

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Doutor em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Francisco Hashimoto

ASSIS

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Telles, Karin KristinaPrado

T274m O manejo terapêutico em Winnicott: a clínica contemporânea / Karin Kristina Prado Telles. Assis, 2011

95 f.

Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Dr. Francisco Hashimoto

1. Psicologia clínica. 2. Psicanálise. 3. Winnicott, D.W. 1896-1971. 4. Terapêutica – Técnica. I. Título.

CDD 150.195

“O importante não é estar aqui ou ali, mas ser. E ser é uma ciência delicada, feita de pequenas grandes observações do cotidiano, dentro e fora da gente. Se não executamos essas observações, não chegamos a ser. Apenas estamos e desaparecemos.”

Carlos Drumonnd de Andrade

Procuro aqui expressar
meu encanto pelo Ser,
pelo Ser que vemos no outro
pelo que procuramos em nós
pelo que Somos com o outro

Encanto que se reflete
em meu interesse pela psicologia;
uma das possíveis vias de acesso
ao Ser

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que nos ensinam constantemente.

Aos generosos participantes da pesquisa com os quais me encontrei.

Aos funcionários da secretaria da pós-graduação que atendem sempre prontamente às nossas solicitações.

A Flávia Renata Bertonha Manoel Bertão, a Ana Cláudia Carone Ramalho e a Josiane Maria de Souza Pagnano, pela presença em minha vida, vocês têm me acompanhando há alguns anos, bem de perto, vivendo comigo muitas alegrias e sendo um grande apoio nos momentos difíceis. Minhas parceiras de vida.

A George Ibrahim Farath pela presença revigorante e apoio imprescindível nos últimos meses. Meu parceiro de sonhos e de vida.

A José Antônio Sanches de Castro, pelas reflexões sobre o Ser.

Aos meus pais, Paulo e Katherine, pelo apoio e presenças constantes. Independentemente da presença física, tenho-os sempre comigo.

E por fim, um agradecimento especial a Francisco Hashimoto, pela oportunidade de trabalharmos juntos e de compartilharmos experiências de vida. Meu mestre amigo. O trabalho científico realizado teve um colorido especial com a sua presença carinhosa e amiga. Um agradecimento também muito especial à Nobuko Hashimoto, *in memoriam*, de quem sempre guardarei lembranças do acolhimento imenso com que ela nos recebia.

A todas estas pessoas, sem as quais este trabalho não teria sido escrito, a minha gratidão e promessa de não perder de vista a importância de estarmos juntos, de convivermos.

TELLES, K. K. P. O manejo terapêutico em Winnicott: A clínica contemporânea, 2011. 95 f. Tese (Doutorado em Psicologia).- Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

RESUMO

A presente pesquisa busca refletir sobre o manejo terapêutico na clínica psicanalítica de orientação winnicottiana. Para tanto, construímos um repertório teórico e entrevistamos psicoterapeutas. Utilizamos as obras de Winnicott e de outros autores que versam sobre a sua teoria para apresentarmos um panorama geral. Quanto à metodologia de trabalho, fizemos uso das entrevistas semi-diretivas e contatamos quatro profissionais que reconhecidamente possuem grande conhecimento acerca desta teoria. A análise de dados constou de uma leitura psicanalítica pautada nas entrevistas e em todo repertório teórico apresentado anteriormente. O uso da interpretação, da interpretação transicional e do manejo foram abordados em suas nuances e diferentes forma de uso como recurso terapêutico. Concluímos que o manejo se nos apresenta como mais que uma concepção teórica e técnica, como uma concepção particular de clínica.

Palavras chave: Psicologia clínica, Psicanálise, Winnicott, Terapêutica-técnica

TELLES, K. K. P. The therapeutic management in Winnicott: The contemporany clinic, 2011. 95 f. Thesis (Doctoral in Psichology).- College of Sciences and Letters, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

ABSTRACT

The present research aims to analyse the therapeutic management in psychoanalytic clinics of winnicottian orientation. For this purpose, we have built a theoretical repertoire and have interviewed psychotherapists. We have used the works of Winnicott, as well as other authors who deal with his theory, to present a general overview. As regards the methodology of work, we made use of semi-directive interviews and contacted four professionals who knowingly have great knowledge about this theory. Analysis of data consisted of a psychoanalytic reading based on the interviews and on the theoretical repertoire presented previously. The use of interpretation, transitional interpretation and management were addressed in its nuances and different forms of use as therapeutic resources. We found that the management stands, more than a theoric and technical conception, as a particular conception of clinic.

Keywords: clinical psychology, psychoanalysis, Winnicott, therapeutic-technical.

TELLES, K. K. P. L’maniement dans Winnicott: La clinique contemporaine, 2011. 95 f. Thèse (Doutorat en Psychologie). -Faculté de Sciences Et Lettres, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

RÉSUMÉ

La présente recherche a pour but refléter sur le maniement thérapeutique dans la clinique psychanalytique d'orientation winnicottiénne. Pour céla, nous construisons un répertoire théorique et interviewons des psychothérapeutes. Nous utilisons les oeuvres de Winnicott et d'autres auteurs qui versent sur leur théorie pour présenter un panorama général. Combien à la méthodologie de travail, nous avons fait utilisation des entrevues semi-directives et contactons quatre professionnels qui manifestement possèdent grande connaissance concernant cette théorie. L'analyse de données a consisté d'une lecture psychanalytique réglée dans les entrevues et dans tout le répertoire théorique présenté précédemment. L'utilisation de l'interprétation, de l'interprétation transicional et du maniement ont été abordée dans leurs nuances et différentes forme d'utilisation comme ressource thérapeutique. Nous concluons que le maniement si nous présente, plus qu'une conception théorique et technique, comme une conception particulière de clinique.

Mots clé : Psychologie clinique, Psychanalyse, Winnicott, Thérapeutique-technique

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 9

CAPÍTULO I – O PENSAMENTO WINNICOTTIANO 11

CAPÍTULO II - A PESQUISA 23
2.1 Justificativa 23
2.2 Objetivos 25
2.3. Campo teórico e metodológico..... 26
2.4. Participantes e técnicas utilizadas 27
2.5 Análise 28

CAPÍTULO III - MANEJO TERAPÊUTICO E INTERPRETAÇÃO 29

3.1. Semelhanças e diferenças 29

CAPÍTULO IV - A PESSOA REAL DO TERAPEUTA 36

CAPÍTULO V - A CLÍNICA WINNICOTTIANA 41

CAPÍTULO VI – AS ENTREVISTAS 46
6.1. O encontro com os entrevistados 46
6.2. Revisitando a teoria winnicottiana 49
6.3. O encontro com o pensamento de Winnicott 51
6.4. .A apropriação pessoal da teoria 69
6.5. .A clínica winnicottiana do Manejo 82

CONSIDERAÇÕES FINAIS 88

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 90

ANEXO 93

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa trouxe contribuições relevantes sobre a clínica contemporânea por um viés psicanalítico, especialmente o winnicottiano. O manejo, por atender à demanda que observamos no atendimento clínico, foi eleito como um elemento essencial sobre o qual nos debruçamos.

A teoria winnicottiana esteve presente no percurso da pesquisadora desde a produção da dissertação de mestrado, em uma pesquisa que dissertava sobre a relação de cuidado estabelecida entre enfermeiro e paciente, e suas possíveis interpretações simbólicas acerca do cuidar. Em razão de encontrarmos em Winnicott material abundante a este respeito, ele se tornou o mais importante autor para a compreensão dos dados coletados na pesquisa. Foi neste momento que aconteceu o encontro da pesquisadora com Winnicott. A partir de então este referencial se tornou bastante presente em sua atuação como docente, pesquisadora e psicóloga clínica. Agora, apresentamos aqui o que resulta de seu trabalho teórico e de sua experiência prática, e que tem na relação de cuidado terapeuta-paciente o seu principal interesse.

Com o objetivo de compreender em profundidade a concepção winnicottiana de manejo, realizamos o seguinte percurso;

No Capítulo I fizemos uma introdução ao pensamento winnicottiano, com os conceitos que julgamos elementares para o entendimento de sua teoria. Nossa ênfase se deu em relação à importância conferida por Winnicott ao processo de amadurecimento pelo qual passa o indivíduo, à influência do ambiente neste processo, ao fenômeno e ao espaço potencial. À medida que discursávamos sobre o desenvolvimento emocional infantil, fomos também introduzindo um paralelo mãe suficientemente boa / analista, uma vez que partimos do desenvolvimento emocional infantil com o objetivo de chegarmos à relação terapêutica. Tratamos então das concepções de transferência e do Jogo do Rabisco.

Em seguida, no Capítulo II, apresentamos os dados formais que sustentam a realização de uma pesquisa científica. Nosso planejamento da pesquisa constou dos seguintes itens: justificativa, objetivos, campo teórico e metodológico, participantes e técnicas utilizadas para coleta dos dados. Apontamos a relevância da pesquisa, sua justificativa e metodologia a partir de autores que versam sobre a psicanálise de forma geral e também em particular sobre a teoria winnicottiana, quais sejam, Bezerra Júnior e Ortega (2007), Safra (2005), Outeiral (1996) e Hermann (2004).

Passamos assim para o Capítulo III, no qual começamos a delinear nosso objeto de pesquisa propriamente dito. Buscamos na literatura elementos que nos auxiliassem a compor um quadro comparativo entre interpretação e manejo, com suas possíveis semelhanças e diferenças. Utilizamos Winnicott (1983) como referência de base para a construção teórica deste capítulo, e depois apresentamos experiências clínicas com duas psicanalistas que trabalham com este referencial teórico, Hisada (2002) e Levinzon (1996). Os casos clínicos por elas relatados ilustram o uso do manejo na clínica.

O Capítulo IV aborda a pessoa real do analista, um conteúdo necessário à nossa pesquisa no sentido da importância conferida ao ambiente na teoria winnicottiana; o terapeuta, em sua pessoa real, é o ambiente que atende às necessidades do paciente, via manejo. Referimo-nos predominantemente a Mello Filho (2001), neste momento, por termos encontrado uma percepção bastante interessante sobre a postura do terapeuta em relação ao paciente. No entanto Balint, (1993) e Safra (2005) também ajudaram a compor este capítulo. A regressão do paciente durante o processo terapêutico, a falha do analista em suas intervenções, e a postura deste diante da interpretação balizaram as discussões deste capítulo, na tentativa de esboçarmos um breve repertório necessário ao psicoterapeuta.

Apontamos, no Capítulo V, a clínica winnicottiana que compreendemos a partir da literatura com que entramos em contato até aquele momento. Uma concepção de clínica que se pauta pela saúde, para os processos que estão ligados ao uso do potencial criativo, do brincar e do gesto espontâneo do ser humano. O cuidar é entendido como parte integrante desta clínica. Davis (1982), Bollas (1992), Mello Filho (2001) e Estellita-Lins (2007) foram os autores que nos acompanharam.

Após havermos coletado os dados da pesquisa, por meio das entrevistas, produzimos o Capítulo VI, estruturado a partir da literatura psicanalítica e de cada encontro com os psicoterapeutas. Explicitamos ali um pouco da maneira como se deu o contato com cada um deles, bem como apontamos a interferência da intersubjetividade do entrevistado e pesquisadora na produção deste texto. Assim, revisitamos a clínica winnicottiana, refazendo o mesmo percurso que havíamos feito teoricamente, mas agora a partir do olhar de cada um dos entrevistados. Apresentamos o encontro com o pensamento de Winnicott e o encontro com os entrevistados, procurando entender a maneira como cada terapeuta se aproxima e se apropria do pensamento winnicottiano. Aspectos pessoais e profissionais foram compartilhados e deram início às nossas

reflexões. Alguns conceitos foram abordados para que pudéssemos aprofundar nossa concepção de manejo: o uso do objeto, a interpretação e o *holding*. A concepção de um novo olhar sobre a clínica winnicottiana pode ser desenhada.

As considerações finais objetivaram uma síntese de todo o material apresentado, bem como a abertura de um novo tema de pesquisa, como geralmente acontece quando fazemos uma pesquisa qualitativa; não temos a pretensão de fecharmos conclusões, mas de abrimos novas problemáticas de pesquisa.

Esperamos que esta seja uma leitura que transmita toda a vivacidade da teoria winnicottiana e dos psicoterapeutas entrevistados.

CAPÍTULO I – O PENSAMENTO WINNICOTTIANO

Nas décadas que se passaram após o início da psicanálise com Sigmund Freud, muitos desdobramentos desta ciência ocorreram tanto no sentido de ampliações de concepções teóricas quanto na maneira como a técnica pode ser entendida e aplicada ao *setting* clínico.

Um cenário psicanalítico conturbado se afigurava em meados da década de 1940, quando as “Discussões controversas” marcavam a tentativa da Sociedade Britânica de Psicanálise de “conciliar” as idéias divergentes de Melanie Klein e Anna Freud para que não houvesse uma ruptura nesta Sociedade. A teoria e a prática referentes à análise infantil foram foco de inúmeras discussões, reunindo adeptos em torno de cada uma destas psicanalistas. O *Middle-Group*, por sua vez, reuniu psicanalistas que tinham uma postura independente em relação aos conflitos destes grupos divergentes, dentre eles Donald Woods Winnicott, pediatra e psicanalista, que foi uma figura de grande expressão no cenário psicanalítico britânico. Ele nos trouxe contribuições valiosas e originais ao entendimento do ser humano, e consequentemente à prática clínica.

Em um momento em que a psicanálise prezava por compreender as questões do mundo interno do sujeito, julgando serem elas as responsáveis pelas dificuldades emocionais, Winnicott (1983) considerou a interferência da realidade externa para o indivíduo. Para ele, os psicanalistas daquele período tiveram dificuldades em dar maior ênfase aos fatores de ordem externa em razão de serem as doenças psiquiátricas infantis comumente associadas aos “fatores externos desfavoráveis”.

Sem negar o valor da psicanálise no que se refere ao entendimento das questões de ordem interna e tendo este conhecimento como estabelecido, Winnicott (1983) pôde voltar seu olhar para a extrema importância que as questões externas têm. O que resultou no fator "ambiente externo" como um dos alicerces de todo seu construto teórico. Para Dias (2003), a teoria winnicottiana tem como fundamento duas concepções, a de que existe uma tendência inata ao amadurecimento, e a de que, para esta tendência se realizar, é necessária a presença continua de um ambiente facilitador.

Assim, dado um ambiente suficientemente bom, um potencial inato do bebê tende a se realizar culminando no desenvolvimento de um *self* total que "capacita" o indivíduo a viver de forma plena e criativa. Porém, na falta deste ambiente o pleno desenvolvimento do ser humano pode não acontecer, ou acontece com prejuízos e distorções. As psicopatologias ou até mesmo uma sensação de que a vida não vale a pena, ainda que não se tenha nenhum tipo de sintoma, decorrem de um processo de desenvolvimento em que a provisão ambiental pode não ser suficientemente boa.

O ambiente tem a sua importância por assentar as bases da saúde mental do indivíduo, e a mãe, ao oferecer uma adaptação ativa às necessidades do bebê, está oferecendo este ambiente que facilita seu desenvolvimento no sentido de seus padrões hereditários (WINNICOTT, 2006).

É relevante mencionar que, implicitamente a esta concepção winnicottiana, está a idéia de uma dependência extrema do bebê em relação à mãe nos estágios iniciais, que vai diminuindo conforme o processo de amadurecimento vai acontecendo.

Neste sentido o processo de desenvolvimento vai evoluindo de uma Dependência Absoluta, passando por uma Dependência Relativa até "atingir" a Independência Relativa, estado em que o indivíduo saudável se mantém durante a vida (DIAS, 2003). Como estes momentos indicam, a dependência do bebê em relação à mãe e a seus cuidados vão gradativamente diminuindo ao longo do tempo e do amadurecimento. Contudo, nunca seremos totalmente independentes do ambiente, até porque nosso desenvolvimento se dá sempre a partir de uma relação:

> Nota-se que os termos são relacionais, implicando sempre a existência de um outro ser humano. No início do processo, contudo, a "relação" tem um caráter *sui generis*, devido ao fato de o bebê não ser ainda uma unidade. A unidade é a dupla mãe bebê, sendo que a mãe é sentida pelo lactente como parte dele [...] (DIAS, 2003. p. 98).

A citação acima introduz a expressão “relação”, conferindo-lhe uma conotação particular que fica assinalada pelas aspas, pois para o bebê ainda não existe uma diferença entre Eu e Não-Eu, entre realidade interna e externa, e portanto não pode haver uma relação entre duas pessoas.

Para que esta diferenciação possa ser feita, é necessário que um amadurecimento possa se dar sem a interrupção da continuidade do ser do bebê, advindo daí a importância do ambiente-mãe. A mãe deve proteger o bebê de qualquer intrusão/excesso de estímulos com que ele ainda não é capaz de lidar. Por não haver uma diferenciação por parte do bebê entre mundo interno e externo, um trovão ou uma sensação de fome podem ser igualmente aterradores e sentidos como algo destruidor que vem de “fora”. No período mais inicial, o bebê, é um:

> [...] ser imaturo que está continuamente a pique se sofrer uma ansiedade inimaginável. Esta ansiedade inimaginável é evitada por esta função vitalmente importante da mãe neste estágio, sua capacidade de ser por no lugar do bebê e saber o que ele necessita no cuidado geral de seu corpo e por conseqüência de sua pessoa (WINNICOTT, 1983, p. 56).

Além de uma explicação acerca da ansiedade inimaginável que pode acometer o bebê, podemos também observar neste fragmento, a síntese do que vem a ser a concepção winnicottiana de “mãe suficientemente boa”, que é aquela que se adapta delicada e sensivelmente às necessidades de seu bebê, protegendo seu desenvolvimento. A esta adaptação materna bem sucedida chamamos “apoio egóico”.

Segundo Winnicott (1983), o apoio egóico materno evita que uma ansiedade inimaginável interrompa a continuidade do desenvolvimento do bebê. A mãe cuida para que o bebê não tenha de ficar em estado de alerta, ou tenha um sobressalto a cada instante, o que fragmentaria o desenvolvimento de sua personalidade.

Na teoria winnicottiana, as psicopatologias não são entendidas como derivadas estritamente de conflitos pulsionais/internos ao indivíduo, mas são também fruto de um ambiente adverso, que interrompe a continuidade de um processo maturacional normal que tende a acontecer.

Não nos esqueçamos, entretanto, que as necessidades do bebê vão se alterando no decorrer do amadurecimento, uma vez que é parte natural do processo que a dependência vá diminuindo. Assim, a mãe tem de ir se desadaptando porque o bebê não mais necessita daquela adaptação total e pode ir tomando maior contato com a realidade externa.

Esta é a evolução natural do processo de maturidade; depois de um momento de dependência absoluta, que pode propiciar ao bebê a ilusão de ter criado tudo o que necessitava (em função da adaptação total da mãe), advém o início da integração de um Eu, que começa a se diferenciar da realidade externa.

> Ao dar início da divisão entre eu e não eu, abandonando o estágio de dependência absoluta para ingressar no estágio de dependência relativa, o bebê faz uso do objeto transicional. Esta passagem necessária ao desenvolvimento conduz ao uso da ilusão, ao uso dos símbolos [...] os fenômenos transicionais estão inevitavelmente associados ao brincar e a criatividade (ABRAM, 1996 p. 253).

A capacidade simbólica é colocada em marcha a partir dos objetos/fenômenos transicionais. Qualquer objeto ou fenômeno (um ursinho, uma música de ninar) a que o bebê venha a se apegar fazem a referida transição entre realidade interna e externa na medida em que este objeto está exatamente neste "entre"; ele não é parte da realidade externa nem tampouco interna, ele não é a mãe, mas a representa, é a sua primeira possessão Não-eu. É a esta possibilidade de fazer uso de um objeto/símbolo que está associada a toda a nossa capacidade de brincar e criar, que está representada de formas diversas em toda a cultura existente.

É interessante apontar as funções do objeto transicional: com ele, o bebê deixa de viver em um mundo apenas subjetivamente concebido, para começar a entrar em contato com a realidade compartilhada, o mundo objetivamente percebido. Este momento também é de transição de uma dependência absoluta, para a relativa.

Além destas funções de transição, o objeto/fenômeno transicional funda um espaço intermediário; o espaço potencial, que se configura como o local onde podemos viver uma vida saudável. O fenômeno transicional tem a característica de se encontrar em um espaço intermediário entre a realidade interna e externa, o que possibilita ao indivíduo ter a sensação de criar a todo instante a realidade que o cerca. Assim, não temos de ser submetidos a uma realidade que em nada nos satisfaz, mas podemos fazer um intercâmbio entre aquilo de que necessitamos e um encontro com a realidade que é compartilhada por todos.

Uma maternagem suficientemente boa vai então culminar na existência de um Eu integrado e de uma relação de objeto propriamente dita, aquela que acontece entre duas pessoas inteiras. Esta nova aquisição traz consigo então a "capacidade de se preocupar", também conhecida como estágio do concernimento:

> Tendo alcançado, em algum grau, o estatuto de um eu unitário, a criança está agora em condições de realizar a tarefa de integração da vida instintual. Quando esta integração for realizada de maneira mais consistente, a criança se tornará uma pessoa inteira, capaz de relacionar-se com pessoas inteiras. No início desta etapa, os impulsos – até então externos à pessoa do bebê e invasivos, se ele não for ajudado a haver-se com eles – passam a ser integrados, a ter sentido e a ser avaliados em suas conseqüências. De incompadecido, o bebê passa a sentir-se concernido [...] (DIAS, 2003, p. 259).

Em outras palavras, podemos considerar que, a partir deste momento, o bebê reconhece que é ele quem dirige impulsos amorosos e agressivos em relação à mesma mãe que cuida dele e que também o frustra. De onde advém então a preocupação com o objeto. Neste momento, se o bebê tiver oportunidade de oferecer a sua contribuição, em função dos impulsos agressivos que dirigiu à mãe, então não haverá o sentimento de culpa, mas uma aceitação de que os impulsos agressivos podem conviver com os eróticos.

Entretanto, para que este processo possa se dar, “O elemento essencial, aqui, é a presença contínua da mãe, a sua sobrevivência, durante todo o período que o bebê ou a criança está integrando a agressividade que faz parte da sua natureza” (DIAS, 2003, p. 261). E, por sobrevivência da mãe, devemos entender tanto a sua presença física e contínua quanto a de seus cuidados sem um sentimento de retaliação; ela não pode deixar que seu ódio ou sua agressividade se voltem para o bebê neste momento.

Não é demais lembrar que este desenvolvimento não é linear, e que podem acontecer regressões e progressões o tempo todo, o bebê pode oscilar muitas vezes em um mesmo dia de um momento para outro. O estabelecimento de uma integração e de uma estabilidade da personalidade da criança vai acontecer apenas por volta dos dois ou três anos de idade. Até esta idade todo o progresso atingido pode ser perdido caso o ambiente/ambiente-mãe se torne, por alguma razão, instável ou adverso.

Descrevemos a extrema importância que a figura materna tem para o estabelecimento de uma integração inicial da personalidade do bebê, para que, a partir de então, possamos pensar na existência de um mundo interno (inclusive povoado por conflitos), e na existência das relações triádicas, como já descrito em outros autores na psicanálise.

Continuando nosso percurso pela teoria winnicottiana, no que diz respeito à importância do ambiente em sua teoria, devemos apontar que Winnicott também confere muito valor a figura do pai e de todo o círculo familiar, vejamos:

> O cuidado materno transforma-se num cuidado oferecido por ambos os pais, que juntos assumem a responsabilidade por seu bebê e pela relação entre todos os filhos [...] o cuidado proporcionado pelos pais evolui para a família e esta palavra começa a ter seu significado ampliado e passa a incluir os avós, primos e outros indivíduos que adquirem o *status* de parentes devido a sua grande proximidade... (WINNICOTT, 2005, p. 130)

Para este psicanalista é apenas a família que pode oferecer os devidos cuidados que todo ser humano necessita em seu percurso de amadurecimento, que vai de uma dependência absoluta a uma autonomia que pode ser nomeada como independência relativa. É no seio familiar que o indivíduo pode vivenciar a ampliação de seus interesses e necessidades, vivenciar conflitos e se preparar para adentrar, a cada dia, em círculos sociais mais amplos.

É interessante notar que, para se usufruir destas vivências familiares, é necessário já ter constituído um Eu integrado que, por sua vez, foi propiciado por um ambiente inicial bastante favorável. Da mesma forma que a integração da família também derivou de uma tendência integrativa de sua criança. Um círculo positivo assim se completa e se estende, pois a sociedade também vai usufruir da força integradora de cada unidade familiar (WINNICOTT, 2005, p. 69).

É a integração, de cada indivíduo e de cada família, que poderá promover um "equilíbrio" da estrutura social que pode ser denominado como um regime democrático. Winnicott (2005) reconhece que sua especialidade não é a sociologia, mas nos oferece uma interpretação psicanalítica sobre um requisito necessário à manutenção de um regime democrático. Ele nos diz que é preciso existir um equilíbrio entre o número de pessoas com personalidades integradas e que oferecem sua contribuição à sociedade e aquelas que não o são, alertando que um desequilíbrio neste sentido pode ocasionar uma desorganização da vida democrática.

Aspecto importante deste fragmento é o *status* que a questão do ambiente tem na obra winnicottiana: a integração que veio acontecendo desde o início da vida do indivíduo vem culminar na vida social.

Desta forma, o "Ambiente" tem amplos significados: o bebê está inicialmente indiferenciado do "Ambiente". A mãe é o "Ambiente" especializado de que o bebê necessita inicialmente. O "Ambiente" pode aos poucos fazer parte da existência do bebê como algo externo. A família é um "Ambiente" ampliado do colo materno. E, por fim, a sociedade é um último e grande "Ambiente" no qual vivemos, fazendo parte e oferecendo nossa contribuição.

A subjetividade do ser humano é assim forjada em um “espaço” que está para além de uma interioridade psíquica, que está em permanente “contato” com o ambiente.

Devemos estar atentos, entretanto, para que não tenhamos uma compreensão errônea do fator ambiental apontado por Winnicott; não é o ambiente que forma o indivíduo, mas o indivíduo que pode viver a ilusão, total no início, de que criou a realidade externa, de que criou aquilo de que necessitava. E, a partir de então, entra em contato com a realidade de uma maneira criativa, viva, pessoal, que faz com que seu potencial inato possa se desenvolver de acordo com seu padrão hereditário. O indivíduo é cuidadosamente colocado em contato com a realidade externa, na medida em que vai integrando seu ego; uma auto criação que tende a ocorrer, caso o ambiente facilite este processo.

A diferença substancial que Winnicott incorpora à psicanálise, a partir de sua concepção do desenvolvimento inicial primitivo, é que o indivíduo não mais está sujeito tão somente às forças pulsionais, como predominantemente se pensou. Segundo Dias (2003, p. 79), “o bebê vive pelo fato de “estar vivo” e de haver alguém que responde satisfatoriamente a este fato”. Não existe a princípio um psiquismo povoado por fantasias e repleto de mecanismos mentais, uma vez que esta “complexidade do mundo psíquico” decorre do processo de amadurecimento.

Devemos observar a inexistência de uma estrutura psíquica *a priori* e a relação entre este fato e o imprescindível apoio egóico que inicialmente a mãe oferece, pois é a partir deste apoio que a “existência” do bebê como pessoa pode ter início.

Estas concepções formuladas a partir do trabalho clínico de Winnicott, como psicanalista e pediatra, trouxeram inequivocamente inovações ao entendimento do ser humano e à teoria psicanalítica, o que interfere no atendimento que é oferecido ao paciente. Segundo Etchegoyen (1987), a partir da formulação de Winnicott de que não há uma estrutura psíquica *a priori*, e portanto o desenvolvimento inicial não foi mentalizado, “o desenvolvimento emocional primitivo está vinculado com alguma função do analista, que é isomórfica com os cuidados maternos” (ETCHEGOYEN, 1987, p. 114).

Quando o paciente pode reviver com o terapeuta as vivências infantis, dizemos que uma neurose de transferência se estabeleceu e que o papel do terapeuta neste momento é de interpretar, tornando consciente aquilo que inconscientemente está presente na relação com o terapeuta.

Porém, quando nos referimos a um momento do desenvolvimento que não pode ser mentalizado, uma vez que não existia ainda uma estrutura psíquica presente, então estamos nos referindo a uma "transferência" modificada, em que a atuação do terapeuta o remete muito semelhantemente aos cuidados maternos, e neste caso a interpretação pode não ser sua atuação mais eficiente.

Para Etchegoyen (1987), esta seria uma "transferência precoce", em que o passado não se presentifica simbolicamente na relação, mas o presente é que se transforma no passado, fazendo com que o fenômeno transferencial tenha uma "realidade imediata". Realidade esta que deverá receber um manejo diferente do recurso tradicional da interpretação, em que até mesmo as atitudes do terapeuta é que poderão ser terapêuticas.

Antes que uma interpretação possa ser útil, é necessário que exista um mínimo de desenvolvimento por parte do indivíduo, ele deve ter evoluído de um estágio muito primitivo e atingido determinado grau de maturação. Quando uma falha ocorreu em um momento bastante precoce do desenvolvimento, o terapeuta deve se adaptar às necessidades do paciente assim como a mãe suficientemente boa se adapta às necessidades do lactente.

A transferência precoce, nomeada por Etchegoyen, é entendida por Winnicott como uma adaptação ativa do terapeuta em relação ao paciente, que se faz através de atitudes[1]. Se bem podemos lembrar, a adaptação da mãe ao bebê é uma constante, mesmo quando ela se desadapta, também está paradoxalmente se adaptando a uma nova fase que o bebê está vivenciando.

A concepção de mãe suficientemente boa[2] é o protótipo do terapeuta nesta teoria; ele tem por função primeira se adaptar as necessidades de seu paciente, ainda que esta adaptação não se configure como uma análise clássica, em que uma postura diferenciada pode ser de especial importância para o paciente.

O apoio egóico que a mãe oferece ao bebê aqui também é igualmente válido na atitude do terapeuta, uma vez que ele vai "corrigir" a falta de apoio egóico que provocou a distorção/alteração do desenvolvimento do paciente (WINNICOTT, 1983, p. 149).

---

[1] Segundo Etchegoyen, nem mesmo Winnicott foi claro em definir quais as atitudes que poderiam ser terapêuticas (Etchegoyen, 1987).

[2] Segundo Safra (2005), não se pode confundir satisfação de necessidades (algo indispensável à sobrevivência e ao desenvolvimento do *self* da pessoa) com satisfação de desejos (inconsciente).

Além disso, para Winnicott alguns pacientes querem e podem suportar o processo de uma análise convencional, em que a atitude interpretativa se afigura como o melhor meio de entrar em contato e "atingir" o paciente, porém nem todas as pessoas necessitam desta forma de atendimento (WINNICOTT, 1983).

No caso de pacientes esquizóides:

> Quando um psicanalista está trabalhando com pessoas esquizóides (chame a isso análise ou não), as interpretações visando o insight se tornam menos importantes, e a manutenção de uma situação adaptativa ao ego é essencial. A consistência da situação é uma experiência primária, não algo a ser recordado ou revivido na técnica do analista (WINNICOTT, 1983, p. 216).

O referido autor cita uma gama bastante extensa de atendimentos nos quais ele entende que a análise clássica não vai ao encontro da demanda do paciente, como, por exemplo, os casos em que existe a possibilidade de loucura, a presença de um falso *self* (no sentido patológico), a presença bastante enferma de uma figura materna ou paterna dentro da família (WINNICOTT, 1983, p. 154).

Ao que podemos estendê-los mais ainda, se considerarmos que, do ponto de vista subjetivo, nem sempre temos estas categorias tão bem estabelecidas, e porque também em algum momento em uma mesma sessão o paciente pode estar mais evoluído ou mais regredido.

Quanto a esta inovação na concepção de atendimento de Winnicott, que comporta a interpretação em conjunto com uma adaptação ativa às necessidades do paciente, Etchegoyen vai dizer:

> Winnicott vem a mostrar que as duas técnicas que inicialmente eram propostas como distintas e distantes podem se alternar não apenas no mesmo analisado, mas na mesma sessão. Dessa forma a classificação perde consistência e a técnica adquire, a meu ver, um rumo demasiadamente inspiracional (ETCHEGOYEN, 1987, p. 117).

Segundo tal autor, esta inovação proposta por Winnicott é extremamente polêmica. Entretanto, para Winnicott, sua atuação trata apenas de oferecer uma adaptação àquilo que é necessário ao paciente naquele momento, tal qual uma mãe suficientemente boa o faria.

É importante destacar que Winnicott não se dispôs a descrever alguns momentos de sua atuação em termos de técnica, o que pode ser evidenciado quando discorre sobre o "Jogo do Rabisco".

Este Jogo se dava como um brincar, uma atividade de que ele se utilizava nas Consultas Terapêuticas com o intuito de entrar em contato com a criança e receber sua comunicação de uma maneira espontânea. Este brincar consistia na realização de desenhos livres que são realizados pelo terapeuta, e a criança pode participar ou não. Assim, o terapeuta desenha uma linha e o paciente pode completar produzindo algo, e vice-versa. A criança pode então confiar na situação e na relação dando expressão a seus conteúdos internos.

Ainda que Davis (1982) considere o Jogo do Rabisco como uma técnica, o próprio Winnicott enfatizou que não queria que ele fosse utilizado como tal. Pois era a partir daquele encontro com o paciente que, de forma espontânea, a relação se dava e o atendimento podia "acontecer". Quando se refere às entrevistas de Consultas Terapêuticas em se que realizava o Jogo do Rabisco: "A técnica para esse trabalho dificilmente pode ser chamada de técnica. Não há casos iguais e há um intercâmbio muito mais livre entre o terapeuta e o paciente do que num tratamento psicanalítico puro" (WINNICOTT, 1984, p.9).

Também no Jogo da Espátula podemos observar a importância da atitude do terapeuta, que possibilitava a expressão do gesto da criança, sem intervir em seu jogo, para que ela pudesse "concluir" sua experiência naquele momento. Este jogo, um paradigma para a clínica winnicottiana, tem como particular concepção a idéia da hesitação. O tempo que o paciente leva até entrar em contato com o objeto oferecido pelo terapeuta é respeitado, e não interpretado como uma forma de resistência ao objeto oferecido. O efeito terapêutico, que fazia cessar sintomas, se dava a partir da vivência desta relação durante o jogo.

Este intercâmbio mais livre é ocasionado em função da própria teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, e na consideração da adaptação que o ambiente/terapeuta deve propiciar ao paciente. Ainda com relação ao Jogo do Rabisco: "Na verdade, afirmo que é um fato, essas entrevistas serem dominadas pelas crianças e não por mim" (WINNICOTT, 1984, p. 18).

No Jogo do Rabisco, podemos ver explicitada a conceituação de espaço potencial, em que há uma sobreposição das áreas do brincar do terapeuta e do paciente, em que o primeiro respeita a manifestação espontânea do segundo, respeita a área de ilusão, a criatividade, possibilitando que o próprio paciente entre em contato com seus conteúdos internos.

Ainda considerando o espaço potencial, “as melhores interpretações são aquelas que o próprio paciente descobre [...] atuando o analista como um ambiente facilitador que permite que a criança-paciente descubra paulatinamente o mundo em que vive, incluindo a sua própria existência pessoal” (MELLO FILHO, 2001 p. 31).

Winnicott não foi um psicanalista ortodoxo, suas sessões por vezes tinham a duração de duas horas, em muitos de seus atendimentos ele sabia ter pouco tempo de contato com o paciente, e necessitava então tornar aquele único encontro terapêutico. Assim, sem deixar de ter como referencial a psicanálise, este terapeuta atuava de maneira a atender ao paciente naquilo que era necessário a ele, mesmo que a via encontrada pudesse não ser interpretativa.

Por vezes, ele se considerou “um psicanalista fazendo outra coisa”, que não a análise convencional, fundamentada na interpretação:

> 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 porque não haveria de ser assim? (WINNICOTT, 1983, p.156).

A partir disto, podemos considerar que, com cada paciente e com o mesmo paciente em momentos diferentes de seu “estágio emocional”, nossa atuação deve se modificar. O que tememos, neste momento, é incorrer em um erro, distanciando-nos da psicanálise tradicional e fazendo algo “demasiadamente inspiracional”. No entanto, a compreensão do manejo terapêutico da teoria winnicottiana pode nos oferecer a segurança de estarmos, se não praticando análise ortodoxa, respaldados em um saber constituído pela psicanálise. É o que podemos observar a partir de uma pesquisa e leitura cuidadosa de autores contemporâneos, que discorrem sobre sua experiência clínica, tendo em Winnicott seu respaldo teórico.

Embora não faça parte do objetivo deste trabalho entrar no mérito da diferença entre análise ou psicoterapia, apontamos que o próprio Winnicott (2005) chamou a atenção para o fato de os analistas acreditarem que estão abandonando a análise quando suspendem por um momento a interpretação, concluindo que muitas análises chegam mesmo a fracassar em razão do uso restrito desta forma de intervenção.

Procuramos apresentar uma explanação acerca da teoria do desenvolvimento de Winnicott, que oferece a devida importância aos fatores externos no desenvolvimento, donde advém o papel essencial da mãe suficientemente boa e

consequentemente do terapeuta, alterando assim um aspecto importante na prática da psicanálise clínica. No bojo destas concepções, está a idéia explicitada por DIAS (2003) de que o início do desenvolvimento não é exclusivamente intrapsíquico, regido por forças pulsionais, mas interpessoal. E também o é a relação estabelecida com o terapeuta.

Com cada paciente e com o mesmo paciente em momentos diferentes de seu estágio emocional, nossa atuação deve se modificar. Se de fato estamos preparados para nos adaptar àquele paciente, qual seria a atitude psicanalítica mais adequada, mais adaptada e por isso mais eficiente do ponto de vista de seu crescimento emocional? Uma interpretação se configura como a ação mais efetiva? Em quais momentos o manejo da sessão é necessário? Quais atitudes poderiam ser terapêuticas?[3], A postura do terapeuta também pode ter um sentido terapêutico?

Enfim, como é a totalidade do cuidado que a mãe suficientemente boa/terapeuta pode oferecer ao paciente, ou melhor, para aquele paciente em especial? O cuidado que ele oferece chega ao paciente de que modo? Como ele acontece? Em que medida este cuidado depende da pessoa real do terapeuta? Estas são as questões de interesse nesta pesquisa e que serão estudadas a partir da concepção winnicottiana de manejo.

Uma síntese das contribuições do pensamento winnicottiano a que poderíamos nos remeter, a fim de encerrarmos esta etapa de nosso trabalho, fica bem representada nas palavras de Mello Filho:

> Sem nunca desprezar as grandes questões colocadas por Freud e Melanie Klein [...] Winnicott enveredou, todavia, pelos caminhos que sua personalidade e experiências de vida lhe indicavam, com a busca não somente da "cura" do paciente, porém também da felicidade e da realização integral do ser humano [...] foi um dos precursores da direção do movimento analítico no sentido do estudo, da identidade, da pessoa total, do *self*, mais do que dos instintos e do ego e de seus mecanismos de defesa como vinha sendo feito até então (MELLO FILHO, 2001, p. 29).

No presente trabalho também não pretendemos nos distanciar da psicanálise tradicional. No entanto, acreditamos no olhar winnicottiano, que oferece igual *status* às questões ambientais/relacionais e instintivas. Olhar este que favorece o desenvolvimento "de técnicas não analíticas" de tratamento (MELLO FILHO, 2001).

---

[3] Segundo Etchegoyen, nem mesmo Winnicott foi claro em definir quais as atitudes que poderiam ser terapêuticas (Etchegoyen, 1987, p. 116).

"O manejo terapêutico em Winnicott: a clínica contemporânea", título conferido à presente pesquisa, se explica por um estudo da diferença entre um cuidado simbólico/interpretativo, e outro, não menos terapêutico, mas que se faz através de atitudes/postura do terapeuta, objeto de nossas investigações. Para tanto, devemos agora discorrer sobre o manejo por meio de autores que versam sobre a clínica contemporânea, e que partilham desta nossa perspectiva.

CAPÍTULO II - A PESQUISA

2.1 Justificativa

A teoria do amadurecimento de Winnicott nos traz um novo olhar sobre o manejo da sessão clínica. Existe uma forma de cuidado para com o paciente que continua a seguir o referencial psicanalítico e que vai além da interpretação. Uma ampliação da psicanálise como recurso terapêutico pode então ser contemplada a partir de uma forma especial de conduzir o *setting*.

As atitudes do terapeuta durante a sessão foram frequentemente entendidas como uma atuação por parte deste; como resultado de uma contratransferência não compreendida. Porém, para Winnicott, uma atitude pode ser justamente fruto de uma profunda identificação com o paciente, que necessita deste tipo de atuação. O paciente pode precisar construir algo que faz parte de um momento inicial de seu desenvolvimento que, de tão precoce, não podia ser mentalizado, mas feito por alguém e apenas sentido (e não compreendido) por ele. Quando a transferência precoce se faz presente, o paciente não necessita de uma compreensão/interpretação de algo que está acontecendo, mas necessita que este algo possa ser vivido. A diferença fundamental que reside aí, é que momentos muito precoces do desenvolvimento não serão re-vividos, ou re-feitos através da interpretação, mas serão construídos na relação com o terapeuta.

Caso o paciente encontre um terapeuta capaz de ter a necessária identificação com suas necessidades, seu processo de desenvolvimento rumo ao amadurecimento poderá então continuar de onde havia estagnado, em razão das falhas ambientais que impediram seu curso.

Muitos dos pacientes que recebemos no consultório não podem tolerar a psicanálise tradicional e necessitam, sim, desta possibilidade referida acima. E porque

não deveríamos nos adaptar às necessidades do paciente? Com o receio de fazer um uso "incorreto" da técnica, que descaracterizaria a psicanálise? Como o terapeuta lida com estas questões? Quais as atitudes que ele considera relevantes?

Entendemos, assim, que devemos estar atentos às formas menos ortodoxas de atender ao paciente, sem incorrer no risco de perder o referencial psicanalítico, mas colocando este referencial a serviço do paciente, objeto primeiro de nosso cuidado.

O contato com o paciente recebido no consultório faz com que o profissional vá à busca de mais recursos pessoais para melhor atuar, o que vem a suscitar a elaboração de um olhar investigativo pautado pelo rigor que o trabalho de pesquisa pode oferecer. Um retorno à academia é necessário, para refletir sobre o vivido na clínica e ampliar o entendimento e o uso que fazemos do arsenal teórico aprendido. Ou seja, clínica e academia se mesclam em um intercâmbio que se dá entre a atuação profissional e a necessidade de se refletir sobre ela, de forma sistematizada, científica.

O referencial teórico escolhido vem também ao encontro das particularidades/necessidades do paciente que tem procurado a clínica nos dias de hoje:

> Como se sabe, um dos maiores desafios enfrentados pelos dispositivos terapêuticos hoje é representado pelo grande número de condições psíquicas fortemente resistentes a abordagem por meio da interpretação verbal e da intervenção por meio da análise de conflitos inconscientes (BEZERRA JUNIOR, ORTEGA 2007, p.8).

Bezerra Júnior e Ortega (2007), ao refletirem sobre o atual interesse pelo estudo da teoria winnicottiana, referem-se a uma nova forma de subjetividade que vem sendo forjada em nossa cultura; os pacientes estão chegando à clínica em um estado mental mais regredido, em que o uso sistemático da interpretação não é instrumental suficiente para o atendimento/cuidado que deve ser oferecido ao paciente.

Este estado regredido é referido por Safra como sendo a dificuldade do paciente de constituição de seu *self*, da sua possibilidade de ser, o que se tornará o objetivo do tratamento e que será realizado na relação com o terapeuta. Neste sentido, o paciente não fará uso da transferência para atuar conflitos inconscientes que deverão ser decodificados pelo terapeuta, segundo a interpretação tradicional. Mas ele usará o campo transferencial justamente para constituir aspectos fundamentais de seu *self* na presença do terapeuta para, posteriormente, vir a desejar (Safra, 2005). O desejo é passível de interpretação, a falta de existência de um eu necessita de sua constituição. A falta de sentido na vida, a sensação de futilidade, o vazio existencial e a sensação de

morte em vida representam o sofrimento psíquico dos pacientes nos dias de hoje (Safra, 2005) e são os sintomas desta falta de constituição de um eu.

O trabalho de Safra (2005) coincide com Bezerra Júnior e Ortega (2007, p. 8), quando estes consideram que o referencial psicanalítico tradicional não responde ao paciente de hoje, e que a teoria de Winnicott, "ao estender o campo da subjetividade individual para além das fronteiras da interioridade psicológica, oferece instrumentos conceituais e práticos para o manejo destas situações clínicas".

O atendimento ao paciente que chega hoje ao consultório nos solicita o estudo de uma ampliação dos recursos terapêuticos na clínica psicanalítica, e consequentemente da importância da pessoa real do terapeuta, uma vez que a constituição de um eu no atendimento ao paciente muito regredido exige uma presença consistente de uma outra pessoa, que pode então manejar a situação clínica no sentido de favorecer a constituição de seu *self*.

É neste sentido que caminha nosso trabalho; somos levados a refletir sobre o atendimento clínico, e sobre a postura/papel do terapeuta, para que possamos caminhar em direção às necessidades do paciente que hoje chega ao consultório.

2.2 Objetivos

Objetivo Geral

Compreender o manejo clínico do terapeuta de orientação winnicottiana na clínica contemporânea.

Objetivos Específicos

- Compreender a forma como o terapeuta de orientação psicanalítica se apropria da teoria winnicottiana.

- Observar quais são os comportamentos/posturas do terapeuta na criação e sustentação da situação psicanalítica.

- Estabelecer quais são os recursos terapêuticos utilizados além da interpretação.

2.3 Campo teórico e metodológico

Devemos agora delinear o “enquadre” necessário para a realização de nossas investigações, que se configura como o campo teórico em que se insere o presente estudo, a definição dos participantes, a técnica utilizada na coleta de dados e a interpretação dos mesmos.

Winnicott considera que o desenvolvimento do bebê apenas pode acontecer se houver um ambiente altamente especializado que se adapte às necessidades do bebê, sendo que a princípio este ambiente é representado pela figura materna. A partir desta sua concepção, surge a idéia de que o desenvolvimento emocional não acontece tão somente em função de forças pulsionais, não sendo exclusivamente intrapsíquico, mas interpessoal.

Em paralelo à relação mãe-bebê, privilegiaremos neste estudo a relação terapeuta-paciente. Isto se deve ao fato de que a concepção de “mãe suficientemente boa” é o protótipo do “terapeuta suficientemente bom”. A analogia se mantém quando pensamos que o desenvolvimento emocional necessita de uma relação para acontecer.

Além de ser na relação com o terapeuta que o paciente pode dar curso ao seu processo de desenvolvimento, é também nela que poderemos visualizar o uso que o terapeuta faz da teoria que apreendeu.

Desta forma, estaremos pensando o manejo clínico do terapeuta quando em contato com o paciente. Esta forma de pesquisa em psicanálise pode ser fundamentada a partir da seguinte concepção de Hermann:

> [...] os conceitos psicanalíticos, os de Freud, assim como os de todos os demais autores, só adquirem pleno sentido quando em movimento, como os fotogramas que compõe um filme [...] digamos que o método psicanalítico é tanto a câmera que filmou, quanto o projetor que exibe o filme (HERMANN, 2004, p.48).

Assim, através do método psicanalítico, pretendemos investigar concepções winnicottianas que se presentificam na relação viva estabelecida entre profissional e paciente.

No que se refere especialmente à teoria winnicottiana, pretendemos refletir sobre a atuação do terapeuta no sentido de compreender o toque pessoal que imprime à teoria durante o contato que tem com o paciente; sua liberdade, originalidade e espontaneidade em criar formas de intervenção, ainda que dentro do rigor do método psicanalítico.

Neste sentido, Outeiral (1996) nos auxilia quando se refere ao sistema teórico-clínico winnicottiano como a um Jogo do Rabisco, um sistema aberto:

> É necessário fazer como ele sugere para o Jogo dos Rabiscos (*squiggle game*), com o leitor e o autor criando juntos uma "leitura pessoal", um espaço transicional onde o leitor "descobrirá", como um achado pessoal, o que Winnicott escreveu [...] deste espaço transicional é que surgirão elementos criativos, espontâneos e concepções novas, às vezes prenhes de surpresas, indagações e paradoxos...assim é (OUTEIRAL, 1996, p. 73).

Assim deve ser a leitura da obra winnicottiana segundo Outeiral (1996); para nós, a entrevista com cada terapeuta também assim será. O espaço potencial está "presente" na relação de cada terapeuta com seu paciente, bem como na dupla entrevistador/entrevistado, a partir do qual poderemos compreender como se dá o encontro entre a teoria e sua utilização pessoal na prática do consultório.

2.4 Participantes e Técnicas utilizadas

Elegemos como sujeitos da pesquisa psicoterapeutas que trabalham com o referencial winnicottiano. Selecionamos entrevistados que representassem o pensamento winnicottiano no Brasil. Júlio de Mello Filho e Gilberto Safra estavam então dentre as possibilidades. No entanto, o contato com Júlio de Mello não ocorreu em razão de uma intervenção clínica pela qual ele teve de passar durante o Encontro Brasileiro de Winnicott de 2010, quando então seríamos apresentados por José Ottoni Outeiral. Com Gilberto Safra não foi possível estabelecer um contato via e-mail. Segue assim a relação de quatro profissionais que vieram a compor as nossas entrevistas. Davy Litman Bogomoletz, Leopoldo Fulgêncio, Walter José Martins Migliorini e José Ottoni Outeiral. Todos estes psicoterapeutas possuem vasta experiência clínica e contam com o referencial winnicottiano em suas práticas.

Em relação à técnica de investigação para a coleta de dados, utilizamos entrevistas semi-dirigidas com cada um dos profissionais. A entrevista semi-diretiva foi composta pelos seguintes temas:

- O caminho teórico percorrido até a teoria de Winnicott.

- Como acontece o contato com o paciente. Os atendimentos que o terapeuta realizou e que considerou significativos por alguma razão.

- Como o terapeuta entende e maneja a sua relação com o paciente.

- As atitudes/posturas que ele considera relevantes no atendimento ao paciente.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. O Termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue a cada um dos entrevistados no ato da entrevista. Somente na entrevista realizada por Skype, o Termo de consentimento foi digitalizado e enviado via e-mail.

2.5 Análise

A análise do conteúdo apresentado constou de uma leitura psicanalítica pautada nos pressupostos teóricos apresentados inicialmente; buscamos compreender a atuação do terapeuta quando em contato com o paciente a partir das concepções de Winnicott acerca do desenvolvimento emocional infantil.

Segue a sequência que utilizaremos na produção da análise:

- “O encontro com os entrevistados” apresentará um pouco do contato que tivemos com cada psicoterapeuta, bem como a importância da intersubjetividade na leitura dos dados coletados.

- “Revisitando a teoria winnicottiana” constituirá um momento de apresentação dos conceitos winnicottianos que serão retomados durante a análise das entrevistas.

- “O encontro com o pensamento de Winnicott” versará sobre o contato inicial dos entrevistados com o pensamento de Winnicott.

- “A apropriação pessoal da teoria” tratará da apropriação que o terapeuta faz da teoria winnicottiana a partir dos principais conceitos mencionados nas entrevistas.

- “A clínica winnicottiana do manejo” apresentará uma forma particular de se exercer a psicoterapia psicanalítica.

CAPÍTULO III - MANEJO TERAPÊUTICO E INTERPRETACAO

3.1 Semelhanças e diferenças

Winnicott sempre levou em consideração a técnica clássica da psicanálise, que se pauta na escuta, na relação transferencial e na interpretação, porém também pôde enfatizar o valor de um manejo especial do *setting* em razão de um momento emocional também especial em que o paciente poderia se encontrar.

Vejamos então qual seria este momento especial, como se daria este manejo e também de que maneira ele se aproxima e se diferencia da interpretação.

Podemos sintetizar as condições referidas por Winnicott, e que requerem o manejo do *setting*, a partir de um aspecto positivo da regressão; contrariamente à psicanálise tradicional, a regressão não se configura como uma fixação a uma fase anterior do desenvolvimento, mas é uma forma de comunicação do paciente que pode aparecer em função da estabilidade, segurança e empatia vividas dentro do *setting*:

> O termo regressão, portanto, fica como uma aplicação clínica em termos de *regressão à dependência*. [...] regressão ao processo primário [...] a tendência à regressão em pacientes é então vista como parte da capacidade do indivíduo de se curar. Dá a indicação do paciente ao analista de como o analista deve se comportar mais do que como deve interpretar (WINNICOTT, 1983, p. 117).

Talvez possamos relacionar o uso da interpretação ao processo secundário e um apoio ao ego ao processo primário, uma vez que não existe, neste último, condições de entrar em contato com determinadas experiências emocionais, momento em que o manejo se faz necessário. Já o sentido de cura apresentado no segmento acima está associado à possibilidade de retomar o desenvolvimento emocional, de onde ele havia se distorcido/estagnado, em razão de uma falha ambiental no início do desenvolvimento. Regredindo, o paciente comunica sua necessidade de viver algo que era necessário, mas que não pôde acontecer.

Vejamos a estreita relação entre esta concepção de regressão e o manejo terapêutico, pois podemos pontuar que a prática terapêutica na teoria winnicottiana se

baseia sempre no diagnóstico do momento em que o paciente vive, se mais ou menos regredido, ou, em outras palavras, se a relação que ele estabelece com o terapeuta se pauta na fase da dependência absoluta, relativa ou da independência relativa. Diagnóstico este que deve ser constante e que vai definir qual deve ser a postura/atuação do terapeuta, pois segundo Winnicott, "os problemas de manejo são essencialmente diferentes, de acordo com o nível de desenvolvimento" (WINNICOTT, 2005, p. 58).

Não são todos os casos que necessitam deste processo de regressão; no entanto, também podemos considerar que mesmo o "neurótico comum" pode incorrer em momentos regressivos.

Ainda voltando nosso olhar para a relevância da questão da regressão na teoria winnicottiana, devemos observar que ela tem uma particular repercussão, pois incide na forma como este psicanalista passou a fazer uso da interpretação:

> Creio que a experiência de uns poucos casos de regressão capacita-nos a saber com mais clareza o que interpretar [...] desde que experimentei regressões, frequentemente faço interpretações em termos de necessidades e com menos freqüência em termos de desejos (WINNICOTT, 2005, p. 61).

Desta forma, a concepção de regressão altera a maneira como podemos ver nosso atendimento, se levarmos em consideração que nosso olhar deve dirigir-se à necessidade do paciente naquele momento. Segundo Mello Filho (2001), uma interpretação em momento oportuno se configura como uma satisfação de uma necessidade do paciente. Ou seja, o que ganha relevo é respeitar o desenvolvimento do paciente, conforme se refere Winnicott: "seguir os processos inatos no paciente é nossa maneira de fazer, na análise, a adaptação sensível e ativa, exatamente como a mãe faz (se for satisfatória), quando gosta do bebê a cujo cuidado se devota" (WINNICOTT, 2005, p. 48).

É neste ponto que interpretação e manejo se encontram, na medida em que são duas estratégias com um mesmo objetivo: ir ao encontro de uma necessidade do paciente, colocando o terapeuta na posição de uma adaptação a estas necessidades. Suas diferenças se devem à maneira como este objetivo é atingido, por meio de uma comunicação verbal de um conteúdo inconsciente, ou pela postura / atitude do terapeuta.

Além disso, também devemos considerar que a interpretação é reconhecida como técnica predominante da psicanálise, ao contrário do manejo, que pode ser visto como algo que escaparia à psicanálise tradicional. No entanto, Winnicott acredita que "é uma questão de tempo até que a psicanálise como um todo se preocupe

com o aspecto total de manejo, e isso sem abandonar os princípios básicos da técnica psicanalítica" (RODMAN, 2005, p. 85).

Assim, a vivência de uma regressão, ou mesmo quando o paciente se encontra em um estado de retraimento (WINNICOTT, 1988), que é mais pontual, em um determinado momento da sessão, requer do terapeuta um tipo especial de tratamento e de intervenção, a qual está nomeada como manejo do *setting*. Acreditamos relevante explicitar que o estado de retraimento difere da regressão. No primeiro, o paciente retém uma parte do *self* e necessita que o ambiente cuide desta parte, mas este estado não tem um sentido terapêutico para o paciente. O sentido terapêutico ocorrerá caso o terapeuta possa oferecer um adequado *holding* ao paciente neste momento. A partir da confiança estabelecida no *setting* é que poderá ocorrer a regressão, esta sim terapêutica, porque traz a possibilidade de corrigir a falha ocorrida anteriormente na vida do paciente, via manejo terapêutico (WINNICOTT, 1990).

Este manejo se configura como uma espécie de acolhimento, que pode acontecer em conjunto com a interpretação ou quando ela é colocada em suspenso por um determinado período. A própria sobrevivência do analista aos ataques do paciente, ou o assinalamento de algo que o paciente disse, também são formas de manejo do *setting* (FORLENZA NETO, 1999).

De forma geral, o manejo é todo o entorno que facilita o encontro terapêutico; um ambiente especializado que se equipara à função materna; enfim, um cuidado mental geral é oferecido ao paciente. "O manejo insiste em proteger, intermediar, atender ... envolve comunicação verbal (tempo, freqüência, dia, local) e postura (função psíquica do analista, disponibilidade e atitude profissional)" (HISADA, 2002, p. 5).

É o comportamento do analista que queremos então agora apresentar como formas especiais de manejo do *setting*. Como deveria ser então de fato este trabalho, que contemple o processo primário, que se refira a necessidades, e que "solicita" uma forma diferenciada de intervenção?

Levinzon (1996) relata um atendimento em que uma situação de impasse se estabeleceu durante o processo terapêutico. Seu paciente, um adolescente com comportamentos delinquenciais, estava angustiado a tal ponto de passar as últimas sessões sem comunicar-se com ela. Ele não brincava, jogava, conversava, nem tampouco ouvia as interpretações por ela oferecidas. A única forma de expressão que ele encontrava era por meio de algumas atitudes agressivas. Segundo a compreensão da

autora, esta situação se deu pelo fato de seu período de férias ter suscitado neste paciente sentimentos arcaicos de abandono, situação esta realmente bastante presente em sua vida desde um momento inicial.

Dado o impasse que ela considerou viver naquele momento, começou a procurar uma nova forma de lidar com este paciente (Renato); vejamos um pequeno relato de sua sessão:

> Eu tinha a sensação de que estávamos rodando em círculos, pois as minhas interpretações não faziam sentido para ele. Em uma determinada sessão [...] me levantei, dizendo-lhe: "muito bem, você quer brigar comigo, né? Pois não atinja as coisas da sala, vamos brigar, eu não tenho medo de sua raiva". Ao falar isso, peguei umas almofadas que normalmente ficam na sala, e atirei-as em cima dele, de modo firme, mas sem que pudesse machucá-lo [...] dali a pouco, sem mexer o resto do corpo, Renato, deitado de bruços, pegou uma almofada e lançou em minha direção... (LEVINZON, 1996, p. 195)

Mesmo havendo um breve momento de hesitação da parte de Renato, em "entrar" na brincadeira, esta foi a forma encontrada por Levinzon para entrar em contato com ele. Na sessão seguinte, Renato retomou o jogo de almofadas, inclusive introduzindo novos conteúdos a serem trabalhados pela brincadeira, "as almofadas passaram a ser um idioma ao qual estávamos podendo recorrer" (LEVINZON, 1996, p.195).

Levinzon (1996) considera que o efeito positivo da brincadeira por ela introduzida pode ser interpretado como uma necessidade deste paciente de testar em um nível concreto o alcance de sua agressividade, pode ter sido também uma forma que ele encontrou de estabelecer um contato físico com ela, um tocar que se dava via almofadas. A partir deste momento as palavras puderam deixar de representar uma ameaça para aquele garoto, a situação de impasse foi superada e a terapia voltou a evoluir.

Acreditamos que seu relato ilustra a forma como o terapeuta se adapta a uma necessidade do paciente, na medida em que ele propicia, pela sua presença, saber e atitudes, a possibilidade de simbolizar e vivenciar algo que até então paralisava o paciente. A agressividade, que não podia ser simbolizada e que não podia ser vivida na relação deles, pôde aparecer. Uma postura bastante ativa da terapeuta, que inicialmente cria um "início de brincadeira", a partir da qual o paciente pôde começar a criar a sua própria forma de simbolização e entrar em contato com seus conteúdos.

Contudo, a brincadeira iniciada pela terapeuta não é aleatória, mas resulta de um processo de identificação com as necessidades do paciente. É neste sentido que a terapeuta e a mãe suficientemente boa se assemelham simbolicamente.

Em um momento em que as palavras ainda não atingem o paciente, uma atitude pode ser bastante terapêutica. Segundo Levinzon (1996), por meio do jogo das almofadas estavam sendo transmitidas interpretações não verbais. As interpretações verbais estavam em suspenso naquele momento, e poderiam se utilizadas mais tarde, uma vez que "a experiência corporal (brincadeira com almofadas) proporcionou condições para que as palavras pudessem passar a ter sentido" (LEVINZON, 1996, p. 198).

O terapeuta tem a liberdade de manejar o *setting* de maneira que este melhor se adapte ao "momento emocional" vivido pelo paciente, oferecendo assim, pela figura do terapeuta, um ambiente suficientemente bom, que facilita o desenvolvimento emocional.

Outro exemplo de manejo do *setting* que podemos observar está presente no relato de atendimento de Hisada (1996); para ela,

> O ser humano apresenta a capacidade de transmitir uma experiência emocional através de um canal plástico como a poesia, a pintura, a música, o teatro, as histórias, enfim, através de experiências da cultura" [...] como terapeuta, pensei em fazer uso de meios semelhantes, visando diminuir a ansiedade persecutória e, ao mesmo tempo, me comunicar e me aproximar mais da angústia do paciente (HISADA, 1996, p. 181).

A autora se utiliza de histórias, afirmando que, por elas servirem como metáforas, possibilitam ao paciente "usá-las" de acordo com aquilo que ele pode, naquele momento, apreender. Ou seja, a história não corre o risco de ser invasiva.

O caso apresentado se refere a um homem de trinta e oito anos que procura pela terapia em razão do ciúme excessivo que sente de sua namorada. Em uma determinada sessão, a terapeuta compreende que seu paciente sente-se esvaziado, tendo que oferecer tudo ao outro (namorada, ex-noiva, pai), sem nada receber em troca. Diante da angústia apresentada por ele, ela acreditou oportuno oferecer uma interpretação transicional, via história:

> Era uma vez um dragão que soltava fogo, muito fogo. Um dia as pessoas que passavam pelo vilarejo perguntaram:
> - Nossa senhor dragão, que fogo! Porque o senhor fica soltando fogo desse jeito? E foram embora.

> E o dragão ficou pensando: se eu continuar a soltar fogo, ninguém mais vai gostar de mim. Ele ficou com medo de que as pessoas se afastassem. Então, parou de soltar fogo e ficou muito bonzinho. Tão bonzinho que quando as pessoas passavam de volta encontraram o dragão todo machucado e ferido, e disseram:
> -Nossa! Você era tão forte, soltando fogo, o que aconteceu?
> O dragão respondeu:
> -É! Eu parei de soltar fogo e de me proteger e defender e olha só o que aconteceu comigo...(HISADA, 1996, p. 184).

Ao ouvir a história, o paciente chorou e em seguida relatou que estava sendo processado por agressão física a um ente familiar. Considerando esta reação e fala dele, a terapeuta compreendeu que a história pôde contemplar a necessidade que o paciente tinha de se proteger da voracidade do outro, e ao mesmo tempo sua dificuldade em fazê-lo, por temor de não ser querido. O componente agressivo introduzido na história abriu a possibilidade deste conteúdo ser mencionado pelo paciente, algo que até então aparecia apenas na forma de angústia, mas que ainda não podia ser verbalmente expresso. Hisada (1996) se refere então ao ambiente suficientemente bom que pretendeu oferecer ao paciente naquele momento. Um manejo especial via história aconteceu no sentido de facilitar o desenvolvimento do paciente.

A interpretação transicional se diferencia da interpretação clássica quando apresenta o conteúdo a ser trabalhado com o paciente de maneira aberta, e não de maneira conclusiva, como uma tradução do inconsciente. Levando em consideração o conceito de objeto transicional da teoria winnicottiana, este tipo de interpretação apresenta o conteúdo a ser trabalhado com o paciente como um objeto que não faz parte da realidade interna, nem tampouco externa, é algo a ser usado pelo paciente na medida de suas necessidades.

Desta forma, o espaço de criação do paciente é respeitado e convidado a aflorar. Assim, o analista não apenas apresenta um conteúdo ao paciente, mas comunica sua disponibilidade de sustentar a situação vivida e seu auto-desenvolvimento. Interpretação e manejo se “encontram” neste momento; ou melhor, a interpretação faz parte do manejo, pois agrega um apoio egóico à apresentação de um conteúdo.

Coincidentemente, em ambos os casos que apresentamos, por meio dos atendimentos de Levinzon e de Hisada, um componente agressivo que estava latente, ocasionando extrema angústia, pôde se tornar manifesto a partir do manejo da situação por estas terapeutas. Levinzon suspendeu temporariamente o uso da interpretação verbal, interagindo fisicamente com o paciente. Hisada, por sua vez, considera que fez uma interpretação transicional, utilizando-se de um objeto-história que intermediou a

sua relação com o paciente. Estes são exemplos do manejo do *setting* que diferem da interpretação clássica.

Estas formas de intervenção não representam modelos a serem seguidos ou que pretendem suplantar o uso da interpretação freudiana, mas tão somente um recurso a mais de que podemos utilizar eventualmente; as próprias autoras alertam para o uso criterioso destas formas de intervenção. É neste sentido que podemos observar a identificação do terapeuta com as necessidades do paciente, uma história ou uma atitude serve àquele paciente e apenas naquele momento específico. Em razão de nosso objetivo no presente trabalho, apresentamos os relatos de maneira a destacar o manejo do *setting*, dentre outros aspectos relevantes de seus artigos.

A interpretação transicional, referida por Hisada, também é contemplada, de maneira poética, por Mello Filho e Outeiral:

> Uma intervenção transicional tipo “rabisco” pode ser apenas um destaque de uma palavra ao que o outro disse... no clima afetivo-cognitivo transicional bem entrosado, o diálogo vai fluindo verdadeiro, lúdico, criativo e terapêutico, bem mais aberto a dramatizações espontâneas, vinhetas culturais, humor, historinhas, anedotas, provérbios, poemas e canções lembradas a dois. (MELLO FILHO apud OUTEIRAL, 1991, p.29).

A poesia deste tipo de interpretação nos remete à intimidade criada no processo analítico, que vai propiciar ao terapeuta, assim como no Jogo do Rabisco, a apreensão da comunicação do paciente. E, a partir de sua compreensão, manejar / administrar a situação. Porém, para que esta administração possa se dar, é necessário que a pessoa real do analista esteja envolvida neste processo, “a criatividade e elasticidade do terapeuta para se adequar a novas situações” (MELLO FILHO, 2001, p.63) é de especial importância. Criatividade e elasticidade são alguns dos aspectos que iremos apontar acerca da pessoa real do analista, na próxima etapa de nosso trabalho.

CAPÍTULO IV - A PESSOA REAL DO TERAPEUTA

É consenso entre terapeutas de orientação psicanalítica a necessidade de um laborioso processo de formação pessoal. Este é um fator que vai ao encontro das concepções winnicottianas, dado o *status* que o ambiente alcançou nesta teoria:

> [...] quando dizemos que um analista deve ser treinado, estamos dizendo que um fator essencial para a análise ortodoxa é um fator externo, isto é o *analista suficientemente bom* [...] No exame deliberado do fator externo [...] a personalidade do analista, sua capacidade para se identificar com o paciente, o equipamento técnico e assim por diante (WINNICOTT, 1983, p. 227)

Sendo assim, ao estudarmos o manejo, como feito no capítulo anterior, não poderíamos nos furtar à compreensão do ambiente que possibilita ou não a existência de um bom manejo durante a situação clínica: a pessoa real do analista.

O tema da regressão, tratado no capítulo anterior, pode iniciar nossas considerações acerca da pessoa do analista; para que o paciente possa vivenciar a regressão positiva ora apresentada, é necessário considerar o contexto/meio em que ela se dá.

Balint (1993) estudou a regressão e a definiu como um importante momento que tende a ocorrer durante a análise. Nela, o paciente tem a possibilidade de retornar a um período muito inicial do desenvolvimento, em que ocorreram lesões na constituição de seu *self* em decorrência de falhas na provisão ambiental. O que ele vai denominar como área da falha básica. A regressão permite que o paciente possa reviver este momento, esta falta básica, e encontrar a partir de então “um caminho” possível para o seu desenvolvimento.

No entanto, para que isso possa ocorrer, é necessário que o terapeuta possa favorecer a incidência de um processo regressivo, A referência balintiana de regressão é precisa neste sentido: “quanto mais discreto e moderado for o terapeuta, aos olhos do paciente mais poderá se desenvolver uma forma benigna de regressão” (apud MELLO FILHO, 2001, p, 339). Ou seja, a postura do terapeuta é, até mesmo, um fator desencadeante.

E não apenas um fator desencadeante, mas que também sustenta o processo, pois ele tem de viver junto com o paciente o momento de extrema dependência emocional em que este se encontra. Um processo de identificação e até mesmo de regressão tem de acontecer com o terapeuta, para que ele possa compreender o momento especial vivido por seu paciente.

A própria referência a uma adaptação às necessidades do paciente, traz-nos a necessidade de uma pessoa que se faça presente e que sustente todo o processo.

Estas considerações nos permitem pensar algumas funções que entendemos presente na atuação do analista: favorecer e sustentar o processo de regressão, adaptando-se e respeitando o ritmo de cada momento vivido no *setting* clínico.

Porém, para tanto, o terapeuta tem de manter-se vulnerável ao seu paciente, com as qualidades de um objeto transicional, que nem pertence ao seu mundo interno, nem tampouco à realidade compartilhada. O analista é um objeto que se dispõe a ser usado pelo paciente. Temos aí mais uma função do terapeuta; ser o objeto subjetivo de um outro, sem contudo desprender-se da realidade.

Podemos considerar também a importância da pessoa real do analista em relação ao seu insucesso em algum tipo de intervenção com o paciente. Contrariamente à psicanálise ortodoxa, em que um momento de impasse no atendimento poderia ser referido à resistência por parte do analisando, aqui devermos apontar o fracasso do analista em se adaptar às necessidades do paciente.

Paradoxalmente, como é comum na teoria winnicottiana, o erro do analista também pode ter sido induzido (MELLO FILHO, 2001) pelo paciente, uma vez que ele precisava vivenciar aquele conteúdo, uma falha ocorrida em seu desenvolvimento, com a pessoa do analista. Assim, a falha do analista tem um sentido terapêutico.

Vejamos, a título de ilustração, uma falha em lidar com conteúdos agressivos, em um período de término de um longo atendimento realizado com uma paciente, uma das primeiras que Mello Filho (2001) havia recebido para análise. Neste momento delicado, de encerramento/despedida, alguns conteúdos já trabalhados anteriormente com a paciente voltaram às sessões. Um destes conteúdos, o que se referia à ingratidão da paciente em relação a sua mãe veio à tona, provocando irritação no analista e uma conseqüente interpretação (contratransferencial) bastante dura, segundo avaliação do mesmo.

A paciente se ressentiu da postura do analista, mas nada disse no momento da sessão. Mais tarde, telefonou-lhe dizendo que não mais compareceria às sessões em razão do ocorrido. Neste momento, o terapeuta reconheceu que havia agido de maneira dura, pediu desculpas à paciente e ofereceu uma explicação sobre sua postura para com ela; o encerramento deste atendimento também o sensibilizava.

Analisando a situação ocorrida, Melo Filho (2001) incorpora a partir de então uma nova postura diante de seus pacientes. Quando algo o sensibiliza ou agride durante uma sessão, ele prefere dizer ““desta vez doeu” do que fingir uma total neutralidade que será difícil de manter” (Mello Filho, 2001, p. 246).

Interessa-nos observar, a partir desta experiência, o fator pessoal envolvido no atendimento. Houve uma falha do analista, que pode ser reconhecida e corrigida. A partir disso, podemos vê-la por diversos ângulos.

Para o terapeuta, a falha pode ter um sentido bastante pessoal, que se sobrepõe ao erro, no sentido de abrir a possibilidade de novas formas de atuação, que caminham na direção de se tornarem cada vez mais apropriadas às situações. Para o paciente, houve a possibilidade de entrar em contato com conteúdos que apenas um outro, inteiramente presente, vivo na relação, poderia fazer vir à tona. À parte os sentimentos contratransferenciais que estivessem presentes no terapeuta, podemos hipotetizar que ele apresentou no presente um sentimento também sentido/despertado na mãe da paciente. Segundo a interpretação deste psicanalista, sua falha estava diretamente associada à necessidade da paciente, de ter uma mãe / pai simbólicos que pudessem errar e admitir seus erros.

Ainda que uma infinidade de significados possa existir, devemos apontar para o fato de que é uma relação estabelecida com aquela pessoa, com aquela personalidade, que possibilita a diversidade de significados no *setting* clínico, a partir do qual algum será “pinçado” e então trabalhado.

Mello Filho (2001) optou por abordar a questão do encerramento, por ser esta mais pungente naquele momento. Sua sensibilidade, e até mesmo sua pronta disponibilidade em corrigir um erro, restabeleceram o contato que estava estremecido, algo comum nas relações humanas e inevitavelmente presente também na relação terapêutica, quando o terapeuta se coloca de maneira pessoal. Um componente agressivo, inerente às relações, pode então ser adequadamente manejado, mesmo que de forma paradoxal, a partir de uma falha.

Para além dos momentos mais regressivos que possam acontecer durante o processo terapêutico, também podemos pensar no comportamento do analista nos casos em que a interpretação clássica é o recurso terapêutico predominante.

A princípio, é necessário que o analista saiba aguardar o momento em que o paciente esteja pronto para receber interpretações (Winnicott, 1983, p. 39). Mais uma vez, tocamos a questão da adaptação às necessidades, pois a postura prudente do

analista pode auxiliar na saída de um processo regressivo ou ocasionar um retrocesso, caso ele não consiga esperar pelo momento em que uma interpretação possa ser bem recebida pelo paciente, não o agredindo ou criando resistências.

Vejamos agora a pessoa do analista no uso da interpretação, algo que poderemos apreciar por meio de uma entrevista realizada por Winnicott (1983). Era um caso de um garoto de doze anos de idade com um quadro de depressão, com grande quantidade de ódio e agressão inconscientes. Um paciente que o analista julgou possuir grande força egóica, contudo naquele momento encontrava-se fragilizado e sofrendo de pequenos episódios de alucinação visual.

O garoto relata um pesadelo que trazia a seguinte cena e conteúdos: "uma enorme figura masculina com chifres ameaçando um minúsculo *self,* um "*self* - formiga"". A partir do relato, o terapeuta perguntou "se alguma vez na vida tinha sonhado ser ele próprio um enorme macho com chifres, com a formiga sendo outro, seu irmão, por exemplo". O garoto respondeu afirmativamente. Houve uma interpretação. "Quando não rejeitou minha interpretação de seu ódio de seu irmão, dei-lhe a oportunidade de falar de seu potencial de reparação" (WINNICOTT, 1983, p. 75).

O que aconteceu com naturalidade. Inicialmente o garoto descreveu a atividade profissional desenvolvida por seu pai e, posteriormente, disse que queria ser cientista, em resposta à pergunta de Winnicott sobre o que gostaria de ser um dia. Ao que o terapeuta entendeu como uma possibilidade que ele havia encontrado de oferecer a sua contribuição, em "resposta" aos seus próprios conteúdos agressivos.

Após estes acontecimentos:

> Achei então que a entrevista poderia terminar em seu próprio tempo; achei que o menino poderia se ir sem ser perturbado pelo que eu tinha feito. Tinha interpretado sua destrutividade potencial mas a verdade é que ele tinha em si próprio ser construtivo. O me fazer saber que tinha objetivo na vida lhe possibilitou se ir, sem sentir que tinha de me fazer pensar que não era apenas um furioso e destruidor. E ainda assim eu não tinha dito nada para tranqüilizá-lo (WINNICOTT, 1983, p 75).

Winnicott baseia sua atuação no diagnóstico do momento emocional em que se encontra o paciente. Percebendo-o com um ego bem estabelecido, faz uma interpretação sobre a sua agressividade em relação ao irmão e posteriormente facilita o aparecimento de elementos construtivos de sua personalidade. Notemos que ele se colocou presente, disponível para lidar tanto com a agressividade quanto com a

capacidade do garoto de reparar, ao que se seguiu deixá-lo ir, integrado em seus conteúdos agressivos e amorosos.

Uma postura bastante ativa acontece, tanto no que se refere ao momento de escolha da interpretação, quando na pergunta que ele faz ao garoto do que gostaria de ser um dia. Paradoxalmente também existiu uma passividade em sua postura no sentido de que se colocou como um espelho, em que o garoto pôde ver que não era apenas "um furioso e destruidor". Winnicott (1983) acredita que precisamos da oportunidade, oferecida inicialmente pela mãe, de integrar impulsos amorosos e agressivos. Mas isto não é algo que se dá naturalmente, precisamos de uma pessoa que esteja presente física e emocionalmente e nos auxilie nesse processo.

Para finalizar nosso entendimento sobre a importância da pessoa do analista no processo terapêutico, vejamos esta citação de Winnicott:

> O que importa ao paciente não é a acuidade da interpretação, mas sim o desejo do analista de auxiliar, a capacidade do analista de se identificar com o paciente e assim acreditar no que é necessário e satisfazer as necessidades logo que elas sejam indicadas verbalmente ou em linguagem não-verbal ou pré-verbal (WINNICOTT, 1983, p. 112).

Por tratarmos da pessoa real do analista sob um olhar winnicottiano, vale fazer uma pequena menção à pessoa deste psicanalista, que foi considerado por seus pares como muito sensível no contato com crianças, entre outras qualidades:

> Winnicott era um homem que tinha uma presença especial, era uma pessoa marcante entre seus colegas e conseguia gerar uma atmosfera de confiança que facilitava sua comunicação com os pacientes [...] a atmosfera winnicottiana era facilitadora do desenvolvimento, sendo firme, mas passiva (SÉRVULO, 1996, p. 14)

Considerando os atributos do mentor de nossa teoria de referência, e também sintetizando os aspectos pessoais que tratamos neste tópico, podemos considerar que um tanto de adaptabilidade, interesse e empatia verdadeiros, criatividade, capacidade de lidar com falhas pessoais, discrição e vivacidade fazem parte do repertório do *analista suficientemente bom* que aqui retratamos.

Entendemos que uma relação pessoal especial está ocorrendo entre analista e analisando, e que a impessoalidade dela não significa neutralidade, mas uma perda da capacidade de usufruir da segurança que o *setting* proporciona na vivência de um processo terapêutico frutífero, para paciente e analista. A maneira como cada analista pode/consegue se comportar diante do paciente é algo pessoal.

Estamos nos referindo a uma psicanálise não somente verbalizada, mas que considera um modo pessoal de relacionamento com o paciente; inevitavelmente nos referimos à singularidade da clínica psicanalítica e do psicanalista (SAFRA, 2005). Singularidade que será construída a partir de um processo de amadurecimento pessoal ao longo de anos de formação e de vivências. Algo para o qual não há receitas, mas que desperta nosso interesse em conhecer, entrar em contato com as infinitas possibilidades pessoais de vivenciar a relação terapêutica com o paciente, de criar, com ele, um ambiente facilitador de seu desenvolvimento emocional.

Por fim, neste capítulo enfatizamos a questão da importância da pessoa do analista durante o contato terapêutico, considerando suas repercussões sobre o desenvolvimento do paciente. Não é nossa intenção colocar os aspectos pessoais do analista acima de outros preceitos técnicos. É verdade que demos destaque a este aspecto, colocando-o sob uma lupa e tornando-o relevante, algo necessário em razão de nosso objeto de estudo. Contudo, não queremos causar a impressão precipitada de que a teoria winnicottiana enfatiza a pessoa do analista e a relação estabelecida com o paciente mais que outros recursos técnicos. Ou melhor, apenas estamos levando o fator pessoa real do analista ao *status* que de fato têm, como um aspecto relevante da técnica.

CAPÍTULO V - A CLÍNICA WINNICOTTIANA

> Mas a psicanálise não é um modo de vida [...] o próprio viver é a terapia que faz sentido (WINNICOTT, 1971, p.123)

Como clínica winnicottiana, referimo-nos às concepções que fundamentam a prática do terapeuta de acordo com nosso vértice winnicottiano. A sutil diferença entre saúde mental e uma vida plena, os objetivos do atendimento clínico, a experiência do brincar e a criatividade são temas que nos ajudarão a delinear esta clínica.

Podemos considerar que saúde, para Winnicott, significa muito mais que apenas a ausência de uma doença, mas sim o pleno uso do potencial criativo que o ser humano possui. Viver criativamente significa estar em contato com a realidade compartilhada sem prejuízo de nossa espontaneidade. Conciliar realidade externa e

realidade interna é uma das tarefas do desenvolvimento emocional; quando não tivermos de questionar, a todo instante, se algo nos foi dado inteiramente pela realidade externa ou interna, então estaremos vivendo em um espaço intermediário, em um espaço que nos permite a sensação de que criamos aquilo que nos cerca.

Winnicott disse certa vez que ausência de doença pode ser saúde, mas não é vida. Davis (1982, p. 186), considerando esta afirmação, complementa: "a vida, como sabemos, incluía para ele a idéia de riqueza de qualidade – uma capacidade para enriquecer-se". Capacidade esta que está diretamente associada a um viver no espaço potencial, e que está em desacordo com uma ancoragem extrema na realidade objetiva, pois esta sim poderia representar uma doença no sentido de distanciar o indivíduo do contato com seu mundo subjetivo e com uma abordagem criativa da realidade externa.

O brincar, o trabalho e toda a vida cultural se configuram como "vias de acesso" à criatividade, uma vez que se "localizam" no espaço intermediário em que nossa espontaneidade pode habitar.

Foi a descoberta do objeto transicional pelo bebê, a capacidade de simbolização colocada em marcha a partir de então, que culminou com o estabelecimento do espaço potencial e que abriu a possibilidade de que o brincar simbólico pudesse se ampliar para as mais diversas atividades.

"Se houver, no início, espaço para desenvolver uma área do brincar, não há então limite ou fronteira para o desenvolvimento que pode ocorrer mesmo na senectude, exceto o limite de nossa capacidade física de vivenciar e conter a experiência" (DAVIS, 1982, p. 185).

Vale notar a função paradoxal do objeto transicional, que ao mesmo tempo em que oferece algo como um limite, no sentido de continente para as projeções do ser humano, também amplia infinitamente este limite, uma vez que infinitas são as possibilidades de simbolização no espaço potencial então criado.

A conceituação de objeto transicional/espaço potencial, além de explicar um importante aspecto do desenvolvimento emocional, é um elemento presente na atuação do terapeuta. Desde a postura/comportamento de sua pessoa e até mesmo no ambiente profissional criado, pois uma de nossas "tarefas" como psicoterapeutas é "organizar um ambiente profissional constituído de espaço, tempo e comportamento, que compõe uma área limitada da experiência da criança ou do cuidado com crianças" (DAVIS, 1982). E a partir deste ambiente "criado", em que há "espaço" para o gesto espontâneo, é que se torna possível acolher o que é trazido pelo paciente.

> É por isso que esperamos [...] e até mesmo refreamos nossas idéias brilhantes [...] por não querermos bloquear as idéias brilhantes que podem vir do cliente, adulto ou criança. (DAVIS, 1982, p.160)

No trabalho clínico, o terapeuta usa de sua criatividade quando formula uma interpretação ou qualquer outra forma de intervenção com o paciente. Intervenção que geralmente deve ser mínima, para que não seja invasiva e permita ao paciente se apropriar criativamente daquilo que lhe foi oferecido pelo terapeuta. Assim, ao paciente é dada a oportunidade de criar, algo que acontece em um ambiente que é planejado para propiciar este tipo de experiência. É neste sentido que Winnicott se referiu ao trabalho terapêutico como a sobreposição das áreas do brincar do paciente e do terapeuta.

O Jogo do Rabisco, em que a criança comunica um conteúdo seu de maneira criativa e espontânea, descobrindo-se com naturalidade, é um protótipo do atendimento clínico winnicottiano; independentemente do material gráfico presente na sessão, ou da idade do paciente, estamos diante de um modelo de "ambiente profissional" que favorece o aparecimento daquilo que é verdadeiro ao paciente, porque espontâneo e criativo. Algo que acontece quando o terapeuta é continente às manifestações verbais, gestuais, e silêncios de seu paciente. Espaço, tempo, comportamento e respeito do terapeuta pela espontaneidade do paciente são parte de um *setting* que oferece um limite e um espaço potencial em que os diversos conteúdos emocionais podem ser experienciados e simbolizados.

A criatividade presente no Jogo do Rabisco, e toda a criatividade que se expressa no brincar, passa a ser um dos instrumentos básicos da própria construção do processo terapêutico e, ao mesmo tempo, um dos seus objetivos, talvez o maior (MELLO FILHO, 2001).

A ênfase no brincar, na criatividade e no espontâneo tem, como razão última, o contato com o *self* verdadeiro do paciente. Uma via de acesso àquilo que constitui o eu integral do ser humano.

Alguns artifícios podem nos auxiliar na busca por este contato com o *self* do paciente, tal como proposto por Bollas (1992). A partir de considerações a respeito de um atendimento com paciente psicótico, e estendendo suas reflexões à clínica psicanalítica de forma geral, ele apresenta um novo olhar sobre a psicanálise clínica. Bollas (1992) se refere a uma espécie de antropologia da pessoa, em que nos voltaríamos a todo o tipo de objeto a que o paciente fizesse referência; suas escolhas

literárias, filmes, relatos de amores, amizades, enfim toda uma extensa gama de símbolos que nos dariam pistas de seu *self*.

Cada "objeto trazido à sessão" pelo paciente nos coloca em contato com uma parte de seu *self*, pois aspectos de seu eu estão ali contidos. O objeto se empresta e se presta a dar concretude e visibilidade ao eu do paciente. Porém Bollas (1992) vai além, este objeto também ajuda a constituir o *self* do paciente, uma vez que "o objeto em si" possui uma vida, uma integridade, causando um efeito no *self* e, por isso, constituindo-o. Este objeto não é somente alvo/continente de investimento/projeção, como aconteceria em um mecanismo defensivo, como na identificação projetiva. Desta forma, abre-se uma nova forma e uso que o terapeuta pode fazer dos objetos trazidos à sessão.

Também neste sentido podemos considerar que vários conceitos de Winnicott valorizam o objeto externo. O ambiente, a mãe suficientemente boa e o *holding* são exemplos disso. A clínica winnicottiana é forjada por conceitos que fazem do ambiente e, por conseguinte, do terapeuta e do *setting*, um objeto externo que tem vida e que participa ativamente do que venha a ser produzido na sessão.

A vivacidade que um objeto tem pode ser apreciada quando Winnicott (1983) se refere a sua postura ao praticar a psicanálise nos seguintes termos: manter-se vivo, desperto, ser ele mesmo, sobreviver à análise até o seu fim. É a integridade do objeto-terapeuta que viabiliza uma relação frutífera, terapêutica.

Em Bollas (1992), podemos ver que as linhas que separam realidade externa de interna são bastante tênues, uma vez que o objeto externo tem a qualidade de representar conteúdos internos, bem como contribuir para a constituição do *self* da pessoa que dele faz uso[4]. Algo que vai ao encontro das concepções winnicottianas, que considera que todo o desenvolvimento emocional acontece no seio de uma relação; ou seja, no espaço intermediário, no entre mundo externo-interno, ou seja, no espaço potencial, "local" em que também se dá a clínica winnicottiana.

Considerando o "espaço potencial" e o "dar vias de expressão" para o *self* verdadeiro do paciente, estamos diante de dois grandes princípios que regem o trabalho winnicottiano. E também estamos diante de uma premissa que sustenta uma vida plena, para além do conceito de saúde ou de cura, uma vez que as relações

[4] [4] A expressão "uso de um objeto" na obra winnicottiana refere-se a um modo de entrar em contato com os objetos/relações em que eles podem ser usados por serem reais, ou seja, por estarem fora da área dos fenômenos subjetivos (WINNICOTT, 1971, p. 122)

estabelecidas fora do *setting*, se possuírem tais qualidades, são propiciadoras do desenvolvimento e, portanto, terapêuticas. Winnicott "acreditava que onde há espaço para experimentação na relação entre terapeuta e paciente...entre amigos....ou pai e filho...há sempre espaço para verdadeira terapia" (DAVIS, 1982, p. 186)

Segundo Mello Filho, a própria vida é a melhor terapia, a dificuldade surge quando a área de brincar se perde ou não se desenvolveu. Portanto, capacitar o paciente a brincar, a viver no espaço potencial, e, assim, a entrar em contato com a realidade externa de maneira a preservar e desenvolver seu verdadeiro *self*, são objetivos da clínica winnicottiana que favorecem o que podemos chamar de uma vida plena, uma vez que a partir de então a pessoa poderá fazer uso de todo o seu potencial criativo.

> A cura, nós a encontramos na vida, nas transferências com os textos e nas relações [...] o que importa é o despertar e a conservação da vitalidade psíquica – o viver criativo. A capacidade para "brincar" é essencial ao processo de desenvolvimento e não a capacidade para conhecer a si próprio. O tratamento não é para curar o paciente e sim para torná-lo apto a cuidar de si mesmo. (SILVA, 1996, p. 211-213).

O objetivo maior da clínica winnicottiana não é curar, mas favorecer o desenvolvimento do paciente, sendo o terapeuta um facilitador deste processo.

Quando oferecemos um ambiente adequado, o próprio paciente pode encontrar uma solução para seus diversos conflitos emocionais e interpessoais e, neste sentido, nossa atuação não foi de tratamento-cura, mas de cuidar–facilitar o desenvolvimento (ESTELLITA-LINS, 2007). Um ambiente clínico suficientemente bom favorece o contato do paciente com sua criatividade e com o verdadeiro *self*, o que o faz chegar a tais "soluções".

O terapeuta "cuida" para que o paciente possa autenticamente encontrar sua solução, ou seja, cuide de si. Cabe aqui uma referência ao tratamento como uma extensão dos cuidados maternos oferecidos e nomeados como *holding* (segurar, conter física e emocionalmente):

> O cuidado não é privilégio da mãe nem tampouco do psicanalista. Ele não se esgota em seu provedor nem se confunde com seus resultados factuais. Ele é factício. A gênese subjetiva, através da ilusão de auto-suficiência do bebê, de que a mãe suficientemente boa é responsável constitui a essência do cuidado (ESTELLITA-LINS, 2007, p. 383).

Assim, encontramos na clínica psicanalítica winnicottiana uma concepção terapêutica intimamente relacionada ao cuidar, um cuidar especial, que é

parte inerente do bom desenvolvimento emocional, e que pode ser reproduzido no *setting* terapêutico. Os sintomas, angústias e conflitos traduzidos em sofrimento e trazidos pelo paciente à sessão são acolhidos e cuidados, tal como seu potencial para o desenvolvimento e amadurecimento emocionais, contidos em seu verdadeiro *self*. Por fim, a essência desta clínica pode ser considerada como um Cuidar que se dá sempre nas relações (ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, prescinde dela) e que segue em direção a uma vida plena, criativa e autêntica.

CAPÍTULO VI – AS ENTREVISTAS

6.1 O encontro com os entrevistados

Chamamos "encontros" os momentos em que foram realizadas as entrevistas semi-diretivas com os psicoterapeutas que têm na teoria winnicottiana um referencial. As entrevistas fazem parte do nosso método de coleta de dados. Neste sentido, utilizamo-las para nos aproximar da teoria de Winnicott de uma forma viva, ou seja, da maneira como ela se dá no atendimento do consultório a partir de pessoas que, sabidamente, são profundos conhecedores, teóricos e práticos, deste referencial.

Fazer uma reflexão sobre como aconteceram as entrevistas, parece-nos ser um bom ponto de partida para a elaboração e apresentação de todo o material produzido a partir delas.

Os contextos em que elas ocorreram foram bastante variados. Duas entrevistas ocorreram pessoalmente, no consultório do entrevistado. Uma delas, em um restaurante. E a outra, por *skype*.

A primeira entrevista ocorreu no consultório do psicoterapeuta. Talvez por já existir um contato prévio com o entrevistado, este foi um encontro com maior proximidade, em que uma disposição para a exposição de atendimentos clínicos, e a conseqüente exposição de si, aconteceram de maneira bastante espontânea. O aspecto relevante desta entrevista foi, assim, a apresentação de casos clínicos.

Em um restaurante, aconteceu a segunda entrevista, em um clima menos pessoal, com mais pessoas presentes à mesa. Esta entrevista se revelou importante para a discussão de questões conceituais de ordem técnica.

Também ocorrida no consultório do psicoterapeuta, transcorreu a terceira entrevista. Com canções de mpb que "vinham" de uma sala contígua a nossa, criou-se um clima descontraído e aconchegante. Este psicoterapeuta proporcionou a sensação de que tínhamos muito tempo disponível para conversar com tranquilidade, com uma disposição surpreendente, por ser nosso primeiro contato pessoal. A "humanidade" do atendimento clínico, que o terapeuta, como pessoa, pode oferecer ao paciente foi o aspecto a que fazemos maior deferência nesta entrevista.

Após a inicial desconfiança a respeito de um possível encontro virtual, seguiu-se a quarta entrevista, que ocorreu por *skype*. Superada a idéia inicial, que "previa" um contato mais distante, este se mostrou muito proveitoso e próximo. O aspecto relevante deste encontro foi a grande relação existente entre atuação clínica e vida acadêmica.

Elemento comum entre as entrevistas, podemos considerar a disponibilidade de cada entrevistado em compartilhar do seu saber e experiência. Deste compartilhar fizeram parte a riqueza do trabalho prático, a sensibilidade clínica, as nuances que estão presentes em alguns conceitos, e também o prazer em conversar sobre a teoria winnicottiana.

Formalmente, a entrevista teve como objetivo compreender a concepção de Winnicott sobre o manejo; o que ele significa, como se concretiza durante o atendimento (se é uma ação do terapeuta, ou se é verbal), quais são as concepções teóricas que o sustentam, se é parte de uma técnica, ou apenas uma forma de intervenção, qual seu efeito terapêutico, enfim, como, amplamente, podemos compreender esta concepção winnicottiana.

Para abordar a concepção de manejo em sua grande extensão, tivemos de considerar o quanto ele está relacionado a, e é parte de, um contexto maior em nosso referencial. Não há como estudá-lo em separado da importância conferida ao ambiente, e por extensão, à pessoa do terapeuta.

Neste sentido, o roteiro da entrevista contemplou questões relativas à "realidade" de cada terapeuta, sua formação, seu percurso teórico e prático, como se deu seu trajeto profissional até o encontro com a teoria winnicottiana e a partir dele. Aspectos muito pessoais fizeram parte das entrevistas e da maneira como a teoria pôde ser apreendida por cada terapeuta.

O roteiro utilizado foi o seguinte: para iniciar a entrevista, perguntou-se sobre a formação do entrevistado e também sobre o início de seu contato com a teoria

winnicottiana. Esta pergunta cumpriu dois objetivos; ter acesso à formação do entrevistado, bem como compreender sua identificação com a teoria winnicottiana. Posteriormente, foi solicitado um exemplo de atendimento clínico que ilustrasse as concepções/conceitos que o entrevistado havia apresentado a partir da pergunta anterior. A partir do seu exemplo clínico, as questões sobre o manejo foram abordadas.

É evidente que existiu um consenso sobre questões/concepções teóricas, mas a apropriação da teoria por cada um acontece a partir de um ponto de vista muito pessoal, como não poderia deixar de ser.

Assim, "o ambiente do terapeuta", a sua experiência pessoal de vida, formação teórica, a interpretação da teoria e atuação a partir dela, configuram o esteio sobre o qual aprofundamos a compreensão do manejo, já que este não é algo aleatório, mas que acontece pela pessoa do terapeuta.

Tal como o Jogo do Rabisco pode ser citado na apreensão da teoria pelo terapeuta, assim também podemos olhar para as entrevistas realizadas. A possibilidade de criação de cada dupla entrevistador-entrevistado se evidencia nos percursos bastante diferentes que foram construídos em cada entrevista.

As diferenças não se devem, somente, à história de cada terapeuta, que necessariamente seriam mesmo muito pessoais. Mas a diferença que queremos sinalizar é aquela que se dá como conseqüência do contato em cada entrevista. Os percursos da entrevista diferiram, tiveram ênfase em um ou outro aspecto em razão daquilo que o entrevistado despertou no entrevistador, o qual, então, interferiu e assim contribuiu para o que pudesse ser apresentado.

Interferir e contribuir são aqui usados como uma forma de apontar a importância da intersubjetividade e da relação estabelecida, sempre que nos utilizamos do referencial psicanalítico como método de trabalho de pesquisa.

Desta forma, o conteúdo coletado, ou melhor, criado (na acepção winnicottiana do termo) durante as entrevistas resultou de uma interação e, como tal, deve ser lidos neste trabalho. Uma interação que se deu em um determinado momento profissional, tanto do entrevistado, como do entrevistador. Uma interação que aborda temas específicos e que não pretende apresentar verdades teóricas, apenas olhares vivos e atuantes sobre a clínica contemporânea.

O que apresentamos são olhares pessoais que, paradoxalmente, se sustentam no rigor do trabalho científico, para a construção então de um trabalho que possa ser aceito pela comunidade científica. Particular (pessoal) e geral (científico)

assim convivem. O roteiro da entrevista é sempre o mesmo, mas a construção de cada entrevista é diferente...

Neste sentido, a apresentação das entrevistas não tem a intenção de contrastar opiniões, que em alguns momentos convergem, e em outros divergem. Daremos ênfase aos olhares que nos auxiliem a aprofundar a compreensão da teoria winnicottiana do ponto de vista da pesquisadora. Talvez não se possa, pelas falas transcritas dos entrevistados, ter acesso a suas opiniões pessoais como um todo. Este cuidado se deve à necessidade de fazer um bom uso da imprescindível colaboração dos entrevistados na compreensão da teoria e na consecução dos nossos objetivos de pesquisa, sem no entanto expô-los em suas histórias e opiniões pessoais. Optamos assim por apresentar pequenos segmentos das entrevistas, em oposição a apresentá-las na íntegra.

Para todas as entrevistas foi dado o mesmo tratamento: todas foram gravadas, transcritas e enviadas aos entrevistados, para que eles pudessem realizar eventuais alterações. Juntamente com o envio das transcrições, foram acrescentados alguns pedidos de esclarecimentos quanto a questões que não tinham sido o suficientemente tratadas quando do encontro. Após a devolução de cada entrevista, que não apresentou alteração significante, deu-se o processo de compreensão e organização do conteúdo apresentado.

Os encontros cumpriram a sua função de coleta de dados, proporcionaram *insights* e forjaram assim uma compreensão ampliada sobre a concepção winnicottiana de manejo. Coleta e análise dos dados se mesclaram, pois o encontro em si proporcionou um “espaço” especial para a elaboração do trabalho que ora se apresenta.

Segue assim, o material produzido por “algumas duplas” e em “diversos encontros”, que tem como intuito ampliar nossa concepção de manejo na clínica winnicottiana.

6.2 Revisitando a teoria winnicottiana

A leitura repetida das entrevistas suscitou inúmeras reflexões. Infindas são as possibilidades pelas quais podemos transitar pela teoria winnicottiana e aprofundar nosso conhecimento sobre o manejo. É por esta razão que se tornou

necessária a organização de um itinerário que nos ajudasse a organizar o material colhido nas entrevistas e que, agora, serve de guia ao leitor.

Iniciemos nosso percurso pela história de vida e caminho teórico de cada terapeuta; o contato com a teoria winnicottiana e a sua escolha como um referencial teórico predominante, que foi significativamente diferente para cada um.

Em uma das entrevistas, este contato aconteceu ao acaso, em aulas durante o período inicial de formação, ainda na graduação, como se se trilhasse um caminho natural de encontro e apropriação desta teoria.

Com outro entrevistado, a teoria surgiu como algo que veio a suprir uma falta sentida anteriormente, em que um outro referencial teórico não fornecia os recursos necessários para lidar com as demandas do atendimento clínico. O pensamento de Winnicott significou um encontro com algo a que se estava à procura.

Winnicott também pôde ser "descoberto" em íntima associação com a história de vida de um terapeuta. Neste caso existe uma profunda crença de ter encontrado na teoria winnicottiana não somente um recurso para o atendimento clínico, mas um olhar sobre o ser humano presente também em sua vida pessoal.

A necessidade de um terapeuta de compreender a sua atuação como clínico, levou-o a cuidadoso estudo filosófico e epistemológico, a partir dos quais lançou seu olhar sobre o pensamento winnicottiano.

Em cada entrevista pudemos perceber uma forma diferente de encontrar e se apropriar da teoria, como uma descoberta pessoal de cada entrevistado, no sentido de ir ao encontro de algo externo sem prejuízo da realidade interna, ou seja, tendo na teoria um objeto que está ali para ser criativamente encontrado (Winnicott, 1971).

A partir de então vieram alguns desdobramentos, em especial a importância do ambiente para o terapeuta e para o paciente. Para o terapeuta, partindo de seu "ambiente", como apreende a teoria e se utiliza dela no atendimento. E, então, como se pode oferecer ao paciente, tecnicamente, um bom "ambiente" terapêutico. Referências foram feitas à necessidade, importância e também impossibilidade de se Interpretar em determinados momentos da sessão. Aproximações entre Interpretação e Manejo estiveram presentes. O Apoio de ego esteve associado ao Manejo. Relações entre Manejo e *Holding* ocorreram. Por conseguinte, a Função materna foi abordada. Ao que então procuramos construir uma relação entre eles.

6.3 O encontro com o pensamento de Winnicott

A aproximação de cada entrevistado com a teoria winnicottiana é objeto de nossa atenção neste momento. A maneira como cada um se aproxima de uma teoria é a base que prenuncia a apropriação que se dará e que, consequentemente, se refletirá em seu uso durante o atendimento clínico. Ainda que aproximação, apropriação e uso da teoria sejam processos indissociáveis e complementares, no presente trabalho os apresentaremos separadamente, para que possamos melhor compreender cada um deles.

Neste sentido, este tópico contempla o início do contato com a teoria winnicottiana por cada terapeuta, contato este que indicará ao menos dois vértices de observação e compreensão; o primeiro aponta para a história pessoal do contato com a teoria, e o segundo procura dar uma interpretação desta história em sua relação com pensamento winnicottiano.

Iniciemos, assim, com segmentos da entrevista de Davy Bogomoletz (2011), que nos apresenta um interessante contato inicial com referido pensamento:

> Bogomoletz: Gostava do Winnicott inicialmente por intuição...o pensamento de Winnicott começou a me acompanhar...embora tenha feito a formação psicanalítica em Freud....Klein...tudo o que eu lia...concordava...sou psicanalista por causa do Winnicott...muito antes de saber que existia a diferença entre pensamento moderno, pós moderno....já sentia que era diferente.

A diferença entre pensamento moderno e pós-moderno referenciada por Bogomoletz vem a dar sustentação científica ao que ele inicialmente denominou como uma aproximação com a teoria por intuição. Talvez possamos compreender esta intuição como um processo de identificação que acontece sem que tenhamos a clareza, inicialmente, dos preceitos teóricos que estão presentes em uma dada teoria, mas que, mesmo assim, sem que haja um conhecimento ou um olhar mais profundo, temos a percepção de que ela nos faz sentido, pois responde a questionamentos pessoais e profissionais.

A partir deste primeiro sentido que, acreditamos, sempre está presente em nosso contato inicial com uma nova teoria, surge a necessidade de estudo e de uma compreensão lógica, sistematizada, momento em que “procuramos” ou “encontramos” autores que vêm a oferecer a sustentação teórica necessária àquilo que havíamos encontrado anteriormente. Processo este que podemos considerar similar ao que Winnicott (1971) denominou como encontro criativo com o objeto.

Plastino (2007) é um dos autores que Bogomoletz (2011) menciona para apresentar a sua compreensão sobre o pensamento winnicottiano a partir da diferença entre pensamento moderno e pós-moderno, que é assim descrita:

> Bogomoletz: [...] o pensamento moderno é sistemático...não admite ambiguidade e incerteza...privilegia o racional...a linha reta...foi na modernidade que surgiu a ciência....o pensamento tinha uma espécie de honra...de postura de dignidade...foi aí que surgiu a idéia de que se você quiser você chega lá....como se houvesse uma determinação...o determinismo faz parte do pensamento moderno... e o pós-moderno é meio subversivo...clandestino...movimento *hippie*, *The Beatles*, maio de 68...reação contra o modelo de pensar anterior...Heisenberg: princípio da incerteza....inclusão da criatividade.

Ainda que Bogomoletz (2011) se reconheça como fruto do pensamento moderno, sempre sentiu algumas premissas deste pensamento com certo desconforto. A extrema linearidade e a suposta certeza apresentada por este pensamento são diametralmente opostas a nossa postura como terapeutas, em que a incerteza e a criatividade sempre nos acompanham.

A título de ilustração destas idéias, podemos nos reportar à experiência de atendimento clínico. Cada comunicação do paciente e cada intervenção do terapeuta podem ter infinitos significados e guardar as mais diversas possibilidades. Diante de todas as idéias que nos surgem, e como que naturalmente, escolhemos uma delas, usamo-las e aguardamos para ver qual é o resultado de nossa intervenção.

É neste sentido que a criatividade está presente, tanto do ponto de vista do paciente como do terapeuta. O primeiro pode expressar apenas o conteúdo que pode criar, e o segundo recebe o conteúdo segundo o mesmo princípio. Ou seja, ambos entram em contato com determinado conteúdo, tão somente, se ele puder ser descoberto criativamente. Evidentemente, a identificação do terapeuta com o paciente assegura que um mínimo de correlação entre os dois está existindo, o que propicia nossa aproximação com mundo interno do paciente.

Desta forma, não temos como quantificar o grau de certeza sobre nossa compreensão e intervenção. O quanto o paciente pode absorver de nossa intervenção saberemos somente a *posteriori*, observando outras comunicações que ele fará.

Considerando ainda a influência do pensamento pós-moderno, podemos também pensar em seu caráter subversivo, que se assemelha ao trabalho do terapeuta, uma vez que podemos encontrar conteúdos novos que, momentaneamente, parecem desorganizar a antiga ordem estabelecida no mundo interno do paciente.

A necessidade de constituir a psicologia e a psicanálise como ciências, nascidas sob a égide do pensamento moderno, segundo o princípio da racionalidade, deixou em segundo plano as idéias de criatividade, a incerteza e o caráter subversivo tão facilmente encontrados no atendimento clínico.

Além destes princípios, algumas concepções freudianas e kleinianas, concebidas sob a égide do pensamento moderno, não convenciam Bogomoletz (2011). A idéia de que:

> Bogomoletz: [...] o ser humano nasce propenso à maldade... um mal essencial...mal inato... a inveja, a voracidade...eu não concordaria com essa visão do ser humano...eu achava que isso era o problema do ser humano e não a sua essência. Para Winnicott o ser humano nasce. Ponto. O que ele vai ser, depende do ambiente [...] há propensões, tendências, que se atualizam ou não.

A criatividade pode então ser somada à consideração da influência do ambiente na atualização de processos inatos. Nosso encontro com a realidade externa precisa ser criativo, para que esta realidade possa nos fazer sentido. O que está intimamente associado ao bom desenvolvimento emocional (WINNICOTT, 1983).

As propensões e tendências referidas por Bogomoletz vão ao encontro da descrição de Winnicott (1988), quando ele apresenta a concepção de base do desenvolvimento. Ele se refere a um olhar sobre o ser humano que parte do princípio de que existe de um potencial inato em direção ao amadurecimento. Potencial que, dado o ambiente facilitador, se realizará.

Ainda que não seja nosso objetivo neste trabalho questionar a teoria kleiniana ou freudiana e discutir a existência ou não da inveja e da voracidade como processos inatos, o que acreditamos fundamental explicitar é que nossa teoria de referência não parte destas premissas.

Para Bogomoletz (2011), a sua compreensão a respeito do ser humano coincide com a teoria winnicottiana e também com aspectos pessoais de sua vida. O mesmo olhar da psicanálise sobre uma “neutralidade inicial da qual parte o desenvolvimento humano, sem considerar um aspecto negativo inato, faz parte também de sua concepção religiosa: “sou judeu, e no judaísmo o homem não é mal por natureza, é facilmente desencaminhável, mas não é mal. Ele pode definir, escolher entre o bem e o mal. O que é diferente no pensamento ocidental cristão, com a idéia de pecado original” (BOGOMOLETZ, 2011). Constatamos assim uma grande coerência entre

história de vida e escolha do referencial teórico: “Então a minha vida e a vida de psicanalista são a mesma coisa” (BOGOMOLETZ, 2011).

A união entre aspectos pessoais e profissionais fica representada também pela elaboração de uma dissertação de mestrado em um núcleo de estudos judaicos pela Universidade de São Paulo. Esta dissertação versou sobre uma vertente do judaísmo que, segundo Bogomoletz (2011), guarda semelhanças com o pensamento de Winnicott. O judaísmo possui um método de atuação que tem um componente terapêutico, por valorizar a questão da confiança.

Winnicott (1982) se refere em diversos momentos de sua obra à questão da confiança, desde a importância do prazer materno confiável, até a necessidade de se oferecer um mundo confiável, para que as tendências inatas em direção ao desenvolvimento possam ter seu curso.

A realidade externa confiável, por sua vez, será internalizada, estabelecendo, para a criança, uma confiança em si e, novamente, uma confiança na realidade que a cerca. É nesta direção, do estabelecimento de relações de confiança, que uma das vertentes do judaísmo tem o seu teor terapêutico.

Outro aspecto teórico que aproxima Bogomoletz (2011) da teoria winnicottiana, refere-se à possibilidade de voltar nossa atenção para a realidade externa:

> Bogomoletz: Freud e Klein estavam mais voltados para a realidade interna. Winnicott talvez por ter sido pediatra, o contato com mães e bebês... O fez dar uma importância tremenda para a realidade externa, ele atendia à população proletária de Londres.

E ainda:

> Bogomoletz: A mãe do pequeno Hans, que Freud não menciona nenhuma vez em seu estudo, vivia ameaçando os filhos de que se eles não se comportassem, ela os deixaria. E ela realmente fez isso, não era apenas chantagem, estava falando sério. Freud não abordou a realidade externa.

Aqui podemos observar não somente a referência à realidade externa, mas também retomamos a importância da confiança e da estabilidade dos relacionamentos iniciais. A confiança na realidade externa, de que a mãe é o representante primeiro, falha no caso do pequeno Hans. E esta questão não é apontada por Freud.

Evidentemente não seria possível a um pensador abordar o ser humano de forma tão ampla a contemplar os mais diversos aspectos do mundo interno e das

relações que ele estabelece com a realidade externa. Novamente, aqui, estamos tão somente apontando as diferenças teóricas em que nossa afinidade com o referencial winnicottiano se faz presente.

Ao olharmos para a realidade externa, podemos considerar a relação entre confiança apresentada pelo ambiente, que interfere nos processos do desenvolvimento, e que também está presente no teor terapêutico do judaísmo.

Em síntese, para Bogomoletz (2011), a teoria de Winnicott compreende aspectos que, de tão diversos da psicanálise freudiana e kleiniana, representam uma mudança de paradigma na psicanálise. Loparic (1996) é um autor que faz referência às diferenças de paradigma entre a psicanálise freudiana e winnicottiana:

> Bogomoletz: Winnicott sofisticou tanto os achados iniciais de Freud, e modificou tanto os achados de Klein...que na minha opinião criou uma nova psicanálise. Eu já pensava isso antes e depois confirmei por causa do Loparic e do Plastino.

Loparic (1996) se utiliza de um conceito de revolução científica proposto por Kuhn para tratar das diferenças conceituais entre a psicanálise freudiana e winnicottiana. A mudança de paradigma se refere a uma mudança central na maneira de se olhar para o desenvolvimento emocional do ser humano. Enquanto Freud conferia ao Complexo de Édipo posição central para se compreender o desenvolvimento emocional, em Winnicott, este lugar é ocupado pelos cuidados maternos. Em Loparic (1996) há também alusão à diferença entre a linguagem utilizada por Winnicott em oposição à metapsicologia freudiana como um dos fatores associados à mudança paradigmática entre estes teóricos.

A metafísica pretende construir uma estória por meio da qual se busca ilustrar ou tornar mais “palpáveis” processos tão abstratos como o são os processos psíquicos. Conceitos como transferência, contra–transferência, libido, por exemplo, objetivam nomear processos subjetivos, ou seja, criam um processo de significação que, de certa forma, nos distanciam do componente emocional representado ali.

Já a linguagem, concepções e conceitos de winnicottianos, ainda que façam referência em alguns momentos à metapsicologia, remetem-se preferencialmente às “experiências em si”. Desta forma, os conceitos não se distanciam do conteúdo/experiência em si, não são representantes de algo, mas se referem diretamente ao seu conteúdo ou, ao menos, diminuem a distância entre eles. Um exemplo que podemos citar é sua concepção de Mãe suficientemente boa, que é aquela mãe que não é

nem excessivamente boa, nem tampouco oferece menos que o necessário ao desenvolvimento da criança, ou seja, ela faz aquilo que é o suficiente.

Como ilustração desta mudança de paradigma na compreensão da psicanálise como método terapêutico, podemos utilizar uma citação de um texto a que Bogomoletz (2011) teve acesso, e que segue intitulado como "A mala de Houdini". Houdini era um mágico que era preso em uma mala e, seja qual fosse a maneira utilizada para prendê-lo, ele conseguia se desvencilhar de todas as amarras. Estabelecendo um paralelo entre as amarras da mala de Houdini e a metafísica, as "amarras", para além de oferecer um continente/nome para determinados conteúdos ou modos de funcionamento psíquico, também, paradoxalmente, o limitam, dado que encerram em si um sentido bastante preciso e, portanto, limitado.

Para o referido psicoterapeuta, Winnicott discorre sobre "a verdade da experiência", o que escapa à metapsicologia, escapa à "mala de Houdini". A experiência de atendimento é importante pelo que é e não pelo que representa, inclusive porque algumas destas experiências não são passíveis de nomeação, se pensarmos na comunicação não verbal que acontece na relação terapêutica.

Nomear experiências emocionais faz parte de nossa concepção científica de produção de conhecimento; para que possamos falar uma mesma linguagem é necessário criar algumas categorias comuns. Mais uma vez, ressaltamos que não nos compete neste trabalho criticar ou questionar vertentes psicanalíticas diferentes, mas sim expor um referencial teórico que teve suas origens na teoria freudiana e que, portanto, ou se assemelha ou dela difere. É por esta razão que são inevitáveis tais comparações.

Quanto a metáfora da mala de Houdini, vejamos:

> Bogomoletz: A mala de Houdini, são palavras que a psicanálise emprega para descrever situações que na verdade tem uma outra natureza, e que sempre acabam escapando de dentro da mala, ou seja, a verdade do tratamento psicanalítico é como o Houdini pulando para fora da mala constituída pela teoria.

Podemos, neste momento, retomar a questão da criatividade já referida no início deste tópico; a capacidade criativa do terapeuta, de ir ao encontro do conteúdo apresentado pelo paciente, ainda que tenha como suporte seu conhecimento teórico, escapa às generalizações conceituais. A singularidade do encontro está, assim, intimamente relacionada à experiência em si e à apropriação deste encontro pela dupla.

Em decorrência destas considerações, podemos apontar uma mudança na forma de intervenção do psicoterapeuta, que não somente irá interpretar um dado conteúdo trazido à sessão pelo paciente (interpretação aqui significa verbalizar um determinado conteúdo para o paciente, de maneira a abordar três aspectos: conflito, ansiedade e mecanismo de defesa).

Quando consideramos a importância da experiência da relação terapêutica, podemos dispor de uma forma de intervenção que não se remeta, necessariamente, à interpretação pulsional.

Para Migliorini (2010), esta foi uma das razões pelas quais se interessou pela teoria winnicottiana. Esta perspectiva pode ser observada em seu trabalho acadêmico de pesquisa:

> Migliorini: No mestrado trabalhei com psicologia analítica, investigando o conceito junguiano de função transcendente...no doutorado pesquisei o envelhecimento considerado saudável o que, de alguma maneira, tinha relação com o conceito de função transcendente. Eu queria encontrar uma forma de abordar as imagens simbólicas produzidas pelos anciões, sem usar para isso, necessariamente, a interpretação segundo um modelo pulsional (ou seja, a interpretação que tem chave hermenêutica na pulsão)...depois comecei a me envolver com a supervisão e atendimento clinico de crianças e fui deixando a psicologia analítica.

A psicanálise se mostrou um referencial teórico mais rico em abordar o atendimento às crianças, o que Migliorini (2010) não encontrou na psicologia analítica. Os trabalhos acadêmico e clínico deste psicoterapeuta são convergentes, conduzindo-o a um contato maior com a teoria winnicottiana:

> Migliorini: Comecei a estudar Winnicott através do Gilberto Safra durante o doutorado...fiz disciplinas e também supervisão...fui lendo e descobrindo Winnicott...fiquei muito impressionado, com seu método clínico e de pesquisa com crianças. É algo que eu estava buscando desde a época que trabalhava com a psicologia analítica. Na psicologia analítica a intervenção clínica era realizada de modo que a criança pudesse experimentar determinadas vivências simbólicas e, com isso, ganhar em consciência. O trabalho era basicamente não interpretativo, mas eu percebia que faltava algo em relação à técnica.

Segundo Migliorini (2010), na psicologia analítica o símbolo se reporta a algo da natureza filogenética. Assim, uma experiência pode sensibilizar a criança por remetê-la a conteúdos que se referem à espécie humana. Algo que oferece a possibilidade de pensar a simbologia sem a necessidade de fazer uso da interpretação, mas que, ao mesmo tempo, não valoriza a experiência do momento, uma vez que se remete ao filogenético.

A partir do contato com a teoria winnicottiana, foi possível relacionar a importância da simbologia para além da questão filogenética: “Com Winnicott encontrei a possibilidade de ligação (mesmo porque ele tinha trânsito com a psicologia analítica e dialogou com junguianos como Michel Fordham) do símbolo com a ontogênese, com o processo maturacional. Essa é a chave hermenêutica de Winnicott” (MIGLIORINI, 2010).

Decorrendo daí a alteração na forma de intervir terapeuticamente:

> Migliorini: Na clinica winnicottiana com crianças também não há necessidade de interpretar, mas a própria experiência da clínica é recolocada a partir de uma perspectiva maturacional.

O símbolo não serve tão somente à interpretação, mas pode “compor” a sessão, experiência que, por si, é terapêutica. Neste momento podemos nos remeter a Bollas (1992), que nos aponta a importância do símbolo como algo que constitui o *self* e que não é apenas representante de algo, ou seja, não “serve” apenas como continente para projeções (e passíveis de interpretação).

> Migliorini: [...] isso cria uma ampliação das possibilidades de intervir, de fazer clínica...uma destas possibilidades ...é modificar o enquadre segundo as necessidades do paciente. E também de realizar intervenções clínicas que não se limitem ao consultório. Um exemplo é o acompanhamento terapêutico. No atendimento de crianças o psicoterapeuta fica atento ao uso dos símbolos e não a interpretação dos símbolos, dado que a criança é capaz de comunicar sua angústia e seus conflitos por meio da palavra ou dos objetos e materiais encontrados na sala de atendimento. Assim, o trabalho clínico não visa necessariamente a interpretação das pulsões agressivas e sexuais, mas a interação que possibilite à criança se comunicar e simbolizar.

A relevância conferida à experiência da sessão, bem como a este “novo” olhar sobre os símbolos, levam-nos a pensar em outra característica da teoria winnicottiana, que é mencionada por Migliorini (2010): a alteração do enquadre segundo as necessidades do paciente. Olhar para as necessidades do paciente, a partir do uso dos símbolos que este faz na experiência daquele momento, leva à alteração do enquadre pelo fato de que estamos em contato com uma esfera da vida psíquica do paciente relacionada ao ego. Necessidade está associada ao ego e não a pulsões. E, por conseguinte, não precisa haver interpretações. Diante das necessidades do ego do paciente, oferecemos apoio egóico.

Como se pode observar, estes conceitos estão entrelaçados; a consideração da experiência em si, se une ao uso do símbolo, o que por sua vez altera a intervenção. E tudo isso concatenado pelo fato de que estamos nos referindo à

necessidade do ego do paciente, que por vezes nos impelem a alterar/rever/ampliar a estrutura do *setting*.

A satisfação de necessidade do ego é uma das tarefas que a mãe/terapeuta deve suprir (Winnicott, 2005). Pois é da integração e fortalecimento egóicos que surgirá a existência subjetiva, da qual poderão fazer parte os impulsos do id. Primeiramente deve existir um ego suficientemente estruturado para que posteriormente possamos nos referir às questões pulsionais. Se o ego é frágil, as experiências do id não são sentidas como internas ao indivíduo; se não há um continente para elas (ego), serão sentidas como destrutivas e invasivas, pois "provêem de fora". Ainda que este seja o caminho que levou este psicoterapeuta ao interesse pela teoria winnicottiana, vale ressaltar que mesmo Jung, em seu trabalho com psicóticos, reconhecia a impossibilidade do uso da interpretação como recurso predominante, algo que, portanto, não está presente somente na clínica winnicottiana, e que talvez encontre nela sua forma mais acabada, com conceitos tais como a importância da experiência e do ambiente, que a sustentam.

Além de encontrar em Jung um possível precursor teórico de algumas concepções winnicottianas, temos em Freud, quando discorre sobre a diferença entre necessidade e desejo, a origem da concepção winnicottiana sobre as necessidades do ego a que devemos suprir (Laplanche e Pontalis, 2001). A necessidade se remete a uma satisfação de uma tensão provocada por uma pulsão. Esta satisfação cria, por sua vez, um registro mnêmico, da sensação advinda desta satisfação, que foi física. A título de ilustração, a amamentação satisfaz a pulsão oral do bebê. Este registro de satisfação se desdobrará, ocorrido o processo simbólico, no desejo, que será a tentativa, sempre buscada, e jamais alcançada, de obter "aquela" sensação de satisfação primeira. Porém dado o processo simbólico subjacente ao desejo, este nunca será suprido, pois se disseminou por inúmeras possibilidades de satisfação que a complexidade da vida simbólica nos oferece. Diferentemente da necessidade, que pode ser suprida, e que faz parte da manutenção da vida, objetiva e subjetiva, o desejo jamais será satisfeito, porque não haverá como reproduzir, simbolicamente, uma satisfação real e passada.

Esta impossibilidade de satisfação acontece porque mudamos de ponto de referência; enquanto inicialmente nos referíamos a uma satisfação física, de sobrevivência, e portanto de ego, agora passamos a nos referir a uma satisfação simbólica, o desejo. É neste sentido que, entendemos, está a origem da diferença que

Winnicott atribui à satisfação das necessidades do ego do paciente, há pouco referida por Migliorini (2010).

Ainda a este respeito, podemos observar em Winnicott (1983) uma referência a um tipo de paciente, que sofreu falhas ambientais precoces e que não atingiu, ou "atingiu mal", o nível edípico, e que demanda uma abordagem diferente da psicanálise *standard*. Mais voltada ao apoio de ego, ao fortalecimento do ego em oposição à interpretação de conflitos e desejos.

Ferenczi também foi um psicanalista que voltou seu olhar para a importância da satisfação das necessidades do paciente (MIGLIORINI, 2010).

Houve, neste sentido, uma mudança na demanda por atendimento do paciente, independentemente de ser um sofrimento de origem neurótica ou psicótica, que, por sua vez, interfere na forma de intervenção. A exposição destas reflexões talvez se relacione à mudança de paradigma mencionada por Bogomoletz (2011). O atendimento winnicottiano apresenta neste sentido grande diferença em relação ao freudiano, o que poderia se justificar por uma demanda diferente do paciente. A paciente histérica, que mobilizou a atenção e estudos de Freud na sociedade vienense do início do século XX, não mais está presente nos dias de hoje. As falhas iniciais no desenvolvimento parecem predominar como forma de sofrimento psíquico nos dias de hoje, como já pudemos constatar em Bezerra Júnior e Ortega (2007).

Outeiral (2010) também compartilha desta opinião, no entanto não julga a alteração das formas de intervenção como a uma mudança de paradigma, mas decorrentes de uma mudança de demanda do paciente:

> Outeiral: [...] os borderlines, as drogadições, os pacientes que Winnicott vai chamar de terceiro tipo, que sofreram falhas ambientais precoces, esquizóides, falso *selfs* mais patológicos, demandou uma abordagem que não era psicanálise *standard* (paciente de um nível edípico) A minha forma de pensar Winnicott dentro de uma tradição freudiana sugere determinadas transformações para que esses pacientes possam começar o tratamento. Ele foge da linha neo-positivista que regia o atendimento do paciente edípico.

É interessante notar que alguns pacientes podem não se beneficiar da interpretação, solicitando outra forma de intervenção. Entretanto, esta mudança não rompe com uma linha de pensamento freudiana, uma vez que não perde de vista o uso do recurso da interpretação como parâmetro principal de atuação. Algo que fica expresso quando o terapeuta se refere a uma mudança no início do atendimento. Podemos assim deduzir que, com o desenrolar e desenvolver da relação terapêutica, o

tratamento possa se dar como na psicanálise *standard.* Uma intervenção diferenciada acontece como um percurso que necessita ser trilhado, mas que não encerra em si o seu objetivo. Caminhando então em direção ao um desenvolvimento emocional em que um ego mais integrado, associado ao desenvolvimento da capacidade simbólica, estejam presentes e possibilitem a apropriação, pelo paciente, dos benefícios da interpretação.

Desta forma, Winnicott pode ser interpretado dentro de uma tradição freudiana, expressão utilizada por Outeiral (2010), e que nos parece ser pertinente neste momento. Toda esta compreensão da teoria freudiana e winnicottiana foi forjada desde os tempos de sua formação:

> Outeiral: Pela proximidade com Buenos Aires muitos jovens que tinham interesse por psicanálise faziam medicina...psiquiatria e formação analítica. Na faculdade praticamente os psiquiatras tinham formação analítica.

Uma tradição psicanalítica muito forte sempre existiu em Porto Alegre, em razão da proximidade dos psicanalistas argentinos. Inclusive, a idéia da necessidade de se submeter ao processo psicoterápico também estava presente, e se concretizava por meio da terapia de grupo, então comumente utilizada naquele período (OUTEIRAL, 2010).

Partindo da formação de graduação, a psicanálise se estendeu por todo o seu percurso profissional, com acentuada ênfase na teoria winnicottina:

> Outeiral: Em 1968 Ronald Souza...assistiu a seminários de Winnicott em Londres e dava as conferências de Winnicott aqui...na disciplina de pediatria...na graduação. Em 1973, 1978 vem de Montevideo...Prego e Silva....a caminho de São Paulo dava grupo de estudos de Winnicott em Porto Alegre. Logo depois os contatos com Júlio de Mello...que resultou hoje nos Encontros Latino-americanos de Winnicott.

Ao que podemos constatar um contínuo estudo da teoria winnicottiana, que ocorreu naturalmente, surgindo inicialmente na graduação, estendendo-se pela vida profissional e culminando inclusive na organização de eventos sobre o pensamento de Winnicott.

Um encontro natural ocorreu no contato deste psicoterapeuta com o pensamento winnicottiano; já o mesmo não se pode dizer das inovações técnicas apontadas por Winnicott à comunidade científica, que não ocorreu tão naturalmente assim, ao contrário, levantou polêmicas que até os dias de hoje nos acompanham.

Retomando a questão da mudança observada nos quadros clínicos de hoje, bem como a alteração no atendimento clínico que daí decorre, vejamos como reagiu o círculo psicanalítico, segundo Outeiral (2010):

> Outeiral: Durante muito tempo Winnicott não creditou bem na sociedade, na IPA...não era visto como um analista, mas um psicoterapeuta...anos 60 a 80...começou a ter um interesse da IPA...em que hoje...nas revistas Winnicott é o segundo autor mais citado, depois de Freud, depois é que vem Klein.

Winnicott "respondeu" a uma demanda que o paciente trazia, antes que esta nova demanda fosse um consenso para os psicanalistas da época, tal como a percebemos hoje. A aceitação à teoria winnicottiana se reflete nas publicações associadas à IPA atualmente.

A mudança de demanda por parte do paciente pode remeter às contribuições de Fulgêncio (2011):

> Fulgêncio: Alguém que "chega para Freud e diz que tem "um problema de que acha que não existe", ele não consegue entender muito bem isso". A noção de falso *self* não cabe dentro do quadro freudiano. A questão da futilidade da vida, de sentir que a vida não é real, que a vida não é própria, tudo isso são maneiras que Winnicott encontrou para falar de problemas contemporâneos. Problemas contemporâneos, eu diria, são aqueles problemas que o nosso modo de existir – político, econômico – contribui para produzir.

O contraste entre o cenário psicanalítico freudiano e o atual são evidentes, Freud voltou seu olhar a problemáticas predominantemente associadas a um momento do desenvolvimento em que já existia uma integração psíquica. O quadro histérico possui características predominantemente de um momento psíquico mais integrado, dado que pressupõe a existência de relações triádicas, do Complexo de Édipo. Quando questionado a respeito da falta de textos na obra de Winnicott sobre as questões diretamente associadas à sexualidade, nosso psicoterapeuta responde, de maneira bem humorada, que "sexualidade é um problema de gente grande". Apenas podem ter problemas de ordem sexual aqueles indivíduos que passaram por um processo de integração egóica: "Sexualidade é um "problemão". Faz parte da saúde administrar a sexualidade nas relações interpessoais, não é um problema de menos, só que é um problema para gente madura" (FULGÊNCIO, 2011).

Em contraste com as queixas edípicas, existe a uma queixa de que "se tem a sensação de não existir", que está associada a um momento do desenvolvimento anterior a um processo de integração do ego.

Winnicott (1983) altera nossa forma de compreensão do desenvolvimento emocional quando observa que a integração egóica é aspecto extremamente relevante. Ao contrário de Freud, que postulava a existência do id, a partir do qual surgiria o ego, a teoria winnicottiana vai nos dizer que apenas a partir de um ego integrado é que as pulsões (o id) poderão ser integradas à personalidade, e passarão a fazer parte do Eu, não o ferindo, mas fortalecendo-o.

Esta consideração nos leva a um outro aspecto importante; para o pensamento de Winnicott, não é o indivíduo que deve moldar seus impulsos ao ambiente, mas é o ambiente deve oferecer um tipo especial de cuidado a partir do qual o ego possa se integrar. Estando o ego integrado, o que significa que um certo amadurecimento emocional já ocorreu, aí então poderá o indivíduo se adaptar à vida social. Este é um momento em que já pode existir um contato satisfatório com a realidade, justamente por já ter existido uma integração egóica. E, winnicottianamente, poderíamos acrescentar que o indivíduo pode então se adaptar à realidade/ambiente sem perda de sua espontaneidade pessoal, ou melhor, "se adapta porque também cria a realidade que o cerca".

A importância dos cuidados iniciais, tão enfatizados na teoria winnicottina, tem aqui o seu lugar, até mesmo para que pensemos na nova demanda que percebemos atualmente. Para Fulgêncio (2011):

> Fulgêncio: Tem uma frase que é muito interessante do Winnicott, uma passagem de 1954 que ele escreve assim "seria bom se pudéssemos tratar de pacientes que foram bem cuidados na primeira infância". Por bem cuidados podemos entender: se integraram de forma a tornar-se uma pessoa inteira, que se relaciona com os outros como pessoas inteiras, que tenha sexualidade integrada em sua personalidade total, "seria interessante se tivéssemos isso, mas acho que essa era da psicanálise está acabando". Em 1954! É fato que já acabou!

A vida contemporânea provavelmente oferece um cuidado de ordem diferente dos cuidados oferecidos no início do século XX. Assim, a teoria de Winnicott é "mais contemporânea" justamente porque ele esteve mais próximo de nosso tempo e conseguiu compreender o tipo de paciente que recebia para atendimento, tal como Freud o fez outrora.

Não temos a pretensão de creditar a um único pensamento a atenção e cuidados a toda a demanda contemporânea que nos surge no consultório. As perversões, são um exemplo, segundo Fulgêncio (2011), de um tema atual que Winnicott não versa. As questões associadas ao tema da sexualidade também não são muito abordadas por

este autor, ainda que isso se justifique por ser um tema que trataria de um momento emocional já mais evoluído, de maior integração egóica. Algo que, provavelmente, desde 1954, já não era o tipo de demanda mais freqüente.

Assim, neste segmento da entrevista de Fulgêncio (2011), podemos perceber duas idéias: ao mesmo tempo em que ele discorre sobre um determinado tipo de paciente, como aqueles que são “mais integrados” ou “pessoas inteiras”, apontando a percepção de Winnicott aos pacientes mais “regredidos”, também tangencia a importância dos cuidados e do ambiente no pensamento winnicottiano.

A determinação do ambiente sobre as questões de ordem emocionais, segundo Fulgêncio (2011):

> Fulgêncio: Na estrutura familiar que temos hoje, na estrutura dos pais com as crianças, não tem mais a mesma... Os ambientes de cuidado mudaram! Independente de avaliar se é bom ou se é mau, temos que ver que dado determinado ambiente se produz x, dado outro ambiente se produz y.

Uma relação de causalidade na constituição do psiquismo está presente no pensamento psicanalítico, já que este também é regido pelos princípios do que conhecemos como produção científica.

> Fulgêncio: Toda ciência tem uma base determinista e na natureza tudo é um relógio, tudo é uma máquina. A causalidade que está envolvida aí é a causalidade das máquinas e a natureza é uma química. O que o Winnicott vai dizer é: eu te determino, você me determina, uma mãe determina um bebê, o bebê determina uma mãe, não é como uma máquina determina outra, não é o conjunto de engrenagens.

Fulgêncio (2011) vai então nos apontar que existe uma espécie de determinação na teoria winnicottiana que difere de uma causalidade naturalista, por ser uma causalidade humana, que não é objetiva como a causalidade natural, donde surge um “fundamento ontológico para pensar a natureza humana”. Algo que difere da teoria freudiana, mais fortemente ligada às ciências naturais.

A diferença entre pesquisa e produção de conhecimentos em ciências humanas e naturais pode ser aqui pautada. Segundo Fulgêncio (2011), podemos conceber que, enquanto Freud pensou a psicanálise

> Fulgêncio: Como uma ciência natural que procura as causas e desenvolve um método de tratamento baseado nisso, Winnicott vai com as suas reformulações, na sua maneira de entender o processo de amadurecimento, com a rejeição da metapsicologia pensada e dos conceitos abstratos pensados por analogias, ciências naturais, se

> dirigindo às descrições de fatos propriamente humanos, ele teria mudado o lugar epistemológico da psicanálise.

O grande uso de analogias na obra de Freud e a relação destas com a metapsicologia são temas já mencionados neste trabalho, quando apresentamos a entrevista de Bogomoletz (2011). Também em Fulgêncio (2011) existe o interesse pela problematização das diferenças teóricas e clínicas entre Freud e Winnicott.

Com acentuada formação acadêmica e clínica, Fulgêncio (2011) esteve em contato com a psicanálise desde os tempos de sua graduação. A formação clássica, composta pelo tripé estudos teóricos, supervisão e análise, é ressaltada por este psicoterapeuta como parte constante de sua formação. Neste sentido, a vida acadêmica esteve estreitamente relacionada a sua prática; a necessidade de compreender a atuação clínica levou-o a investir em estudos epistemológicos e filosóficos sobre ciência e sobre a psicanálise. Uma trajetória bastante densa foi então percorrida, tendo início com estudos sobre Deleuze e Guatarri, passando por supervisões/orientações com Safra, Sueli Rolnik, Pierre Fédida, e por fim o contato com Loparic, o qual o ajudou a sistematizar seus estudos em direção ao pensamento de Winnicott.

A metapsicologia, então mencionada no segmento acima, pode ser pensada como uma das mudanças apresentadas pelas reformulações de Winnicott que o levariam a ser tomado como um autor que haveria criado um novo paradigma para o saber psicanalítico, “do mesmo jeito que a física de Einstein é um novo paradigma para a física newtoniana” (Fulgêncio, 2011).

Seu pós-doutorado foi dedicado ao estudo

> Fulgêncio: [...] da metapsicologia, o estudo, ou a teorização metapsicológica na obra de Winnicott, do qual resulta um artigo que mostra como Winnicott não usa os conceitos básicos da metapsicologia, a noção de pulsão, a noção de aparelho psíquico e a noção de libido enquanto energia psíquica da mesma maneira que Freud. O artigo ‘e intitulado: “A rejeição que Winnicott fez dos principais conceitos da metapsicologia freudiana”, publicado primeiro em 2006.

Winnicott tem um desenvolvimento de sua escrita de forma mais descritiva, procurando chegar o mais próximo possível da experiência vivida, algo a ser contemplado pelas ciências humanas, guardados os devidos limites.

Dentro da perspectiva de discussão de mudança ou não de paradigma, diversos conceitos são estudados e publicados:

> Fulgêncio[...] o brincar em Klein, em Winnicott, a noção de trauma em Winnicott e em Freud... a compulsão à repetição sem usar o conceito de pulsão de morte, as críticas que Winnicott faz ao conceito de pulsão de morte e qual alternativa ele dá pra resolução dos problemas para os quais Freud utilizou a pulsão de morte, ou Klein também utilizou a pulsão de morte e a hereditariedade.

Todos estes temas são estudados a partir da necessidade de se compreender o processo clínico e também dando sustentação a uma sólida compreensão dos conceitos e história da psicanálise. Muitos de seus trabalhos encontram-se publicados, e um, em especial, causou uma polêmica que é bastante interessante abordarmos neste momento:

> Fulgêncio: Publiquei junto com o Simanke um artigo "Freud na filosofia brasileira" no "Internacional Journal", e o que ocorre interessantemente é que esse artigo tem uma repercussão muito grande. [...] Martins Girard, que é uma psicanalista francesa, escreve um artigo em resposta, comentando meu artigo, e se colocando numa posição contrária à minha. As conclusões são opostas. Enquanto eu digo que Winnicott rejeitou a metapsicologia, ela diz que Winnicott refundou a metapsicologia. Entrei em contato com Martins Girard, é uma pessoa muito simpática, muito inteligente, muito aberta ao diálogo, então estamos escrevendo... estou escrevendo uma resposta a ela, e ela vai escrever uma resposta ao meu artigo. Possivelmente vamos publicar, não sei se vamos publicar, mas vamos submeter ao "Internacional Journal" para que seja publicado na sessão de controvérsias...

Quanto à nossa discussão a respeito da mudança ou não de paradigma, podemos cogitar a possibilidade de uma possível reformulação da metapsicologia. Girard e, mais adiante, Fulgêncio (2011), nos fornecem subsídios, ainda que não propositalmente, para pensarmos uma alternativa mais apaziguadora; podemos manter a polêmica discussão sobre mudança de paradigma em suspenso, se tolerarmos a sua condição de tema controverso.

Inúmeras leituras podem ser feitas sobre o pensamento de Winnicott, no entanto a publicação de seu artigo na sessão de "controvérsias" talvez nos aponte um possível caminho que não necessita de uma resposta definitiva. Parafraseando Bogomoletz (2011), não temos de decidir "pelo caminho certo", como "previa" o pensamento moderno mas, tão somente, tolerar o controverso, que pode ter o seu lugar no pensamento pós-moderno e também, acreditamos, no pensamento winnicottiano.

Essas discussões nos são importantes na medida em que nos dão a clareza do desenvolvimento da história da psicanálise, seu processo histórico e o seu sentido pragmático que daí decorre, uma vez que seus "desenvolvimentos", acontecem em razão das demandas apresentadas pelos pacientes em cada momento.

Comentando sobre seu empenho nestes estudos, Fulgêncio (2011) acrescenta:

> Fulgêncio: [...] hoje em dia a questão da revolução *(de paradigma)* não me parece importante. Acho que ela, às vezes, causa muito mais reação ideológica do que possibilita a discussão conceitual, mas foi um passo importante para organizar a discussão, para organizar o modo de falar sobre como Winnicott contribui para a história da psicanálise.

Quanto à questão pragmática da psicanálise:

> Fulgêncio: Então, com a obra de Winnicott temos um desenvolvimento da psicanálise que torna possível algumas coisas que antes não eram possíveis: profilaxia [...] ele tem uma proposta que eu poderia escrever um artigo que seria "A cura da psicose", "Como evitar a psicose", porque ele entende que a psicose é falha ambiental na primeira infância, então, se você cuida disso. Ele "diz", da mesma maneira que não aceitamos poliomielite, não podemos aceitar a psicose.

Ao olhar o desenvolvimento emocional, a teoria freudiana enfatizava o mundo interno, os conflitos pulsionais. Já a importância atribuída aos cuidados e ao ambiente para o desenvolvimento emocional infantil, volta nosso olhar ao mundo externo, e daí advém a idéia de um trabalho que pode ser profilático. O trabalho de orientação psicanalítica não se dirigiria somente ao sintoma e à sua cura, mas à tentativa de evitar ou minimizar estados emocionais tão penosos como aquele que acontece com a psicose. Acreditamos que o trabalho do psicoterapeuta em muito se beneficia desta concepção, na clínica e em outros espaços fora dela.

Ainda pensando em um sentido prático da psicanálise como método de tratamento, surgiu na entrevista uma reflexão sobre as razões que explicariam uma "crise da psicanálise". Fulgêncio (2011) vai nos dizer que:

> Fulgêncio: A crise da psicanálise não é só que ela perde popularidade, é porque ela perde a eficiência no tratamento dos pacientes. Hoje em dia se procura, com as neurociências, com os tratamentos neurolinguísticos, se procura uma eficiência que é difícil ser encontrada na psicanálise tradicional. E com Winnicott temos as duas possibilidades.

Diversas são as opções existentes de tratamento do sofrimento mental. A psicanálise vem pesando o fato de ser vista como um tratamento lento demais para as nossas exigências contemporâneas. Não é fácil, nem tampouco rápido e sem algum custo emocional, entrar em contato com a subjetividade e a partir dela pensar as relações daquele que tem um sofrimento emocional.

À parte as funções orgânicas e alterações fisiológicas que acontecem e que fazem precipitar diversas psicopatologias, a cada ramo de conhecimento cabe a sua tarefa. O campo de atuação predominante da psicanálise é a subjetividade. O que nos parece ser um consenso é que há um diálogo, ainda difícil, mas já valorizado, entre as diferentes ciências, que partem da premissa de que é necessário oferecer um atendimento ao ser humano em seus aspectos biológicos e emocionais. Atendimento este que tem o objetivo de, por diferentes e complementares vias, minorar o sofrimento psíquico, uma função pragmática que existe e que pode ser vista também na psicanálise.

A psicanálise winnicottiana, ao que entendemos, trata de questões subjetivas, sem se "perder" em abstrações, mantendo uma atuação voltada a ganhos reais na vida do indivíduo.

O "encontro" de Fulgêncio (2011) com a teoria winnicottiana, sustentada por estudos teóricos bastante consistentes, abre-nos muitas possibilidades de reflexão e coloca-nos diante de uma psicanálise que evolui no sentido de acompanhar o seu tempo, tendo como foco o desenvolvimento de estratégias que vão ao encontro das demandas atuais, sem contudo perder a sua essência, como uma ciência que versa sobre o subjetivo.

"O encontro com o pensamento de Winnicott" cumpre assim o seu objetivo de "localizar" e apontar com qual psicanálise nos "encontramos" neste trabalho. A maneira como entramos em contato com a teoria de Winnicott surgiu a partir da história/percurso profissional contados por cada entrevistado. No entanto, ao recontar este percurso, a pesquisadora se apropria de um conteúdo e constrói uma leitura pessoal. Assim, as citações são fiéis às falas dos entrevistados e os sentidos criados a partir delas são tomados como uma produção pessoal.

Desta forma, trilhamos um caminho que nos leva a pensar na psicanálise winnicottiana como resultado de um processo histórico e que, por isso, carrega consigo um pouco da tradição freudiana e também o novo, que pode ser "controverso", que suscita reflexão, mas que, sobretudo, harmoniza-se com o objetivo comum de criar um conhecimento teórico que atenda à demanda contemporânea.

Pudemos assim apreender como se estabelece o contato inicial com o pensamento winnicottiano, contato este que pressupõe as bases sobre as quais se constituirá uma forma especial de apropriação da teoria no que diz respeito aos conceitos e suas formas de aplicação técnicas no atendimento clínico. Este tema será desenvolvido em nosso próximo tópico

6.4 A apropriação pessoal da teoria

Neste tópico apresentaremos uma compreensão da maneira como nos apropriamos do pensamento winnicottiano, novamente, a partir dos encontros com os entrevistados. Grande parte das concepções que trataremos aqui estão estreitamente relacionadas ao manejo e apareceram naturalmente na entrevista quando conversávamos sobre o atendimento clínico, quais sejam: o uso do objeto, a interpretação, o espaço potencial e o manejo.

Observamos que o manejo pode ser apreciado por diversos ângulos; ele apareceu como uma "inovação" na psicanálise, como um *continuum* e uma evolução natural do pensamento freudiano e também como algo que veio a suprir uma "falta" conceitual presente em outros referenciais teóricos.

Todos estes possíveis olhares sobre o manejo estão intimamente relacionados ao percurso pessoal de cada entrevistado. É necessário apontar que a aproximação e apropriação de cada terapeuta com a teoria psicanalítica não ocorreu como uma busca pela concepção de manejo. A atenção especial a este aspecto teórico decorre do tema desta pesquisa. Assim, a primazia do conceito de manejo, ao interpretarmos as entrevistas, se deve a uma escolha de um "lugar" a partir do qual pretendemos pensar a teoria winnicottiana.

Outro aspecto que vale sinalizar neste momento é a maneira como optamos por usar os relatos clínicos apresentados pelos psicoterapeutas. Os trechos clínicos são contados a partir da concepção teórica a qual nos referimos em cada momento. Por esta razão não apresentaremos os casos clínicos em toda a sua extensão e complexidade, mas nos restringiremos aos trechos que trazem luz aos conceitos de nosso interesse. Outro aspecto importante é que trataremos os pacientes atendidos, por crianças, adolescentes ou adultos, sem identificar o sexo nem a idade. Algo que é consonante com a ideia já apresentada e que também ocorre em razão de expor o menos possível dados objetivos da história dos pacientes.

Iniciemos com o uso do objeto, um tema que parece instigante para o início de nossas reflexões. A entrevista com Migliorini (2010) foi abundante nos exemplos clínicos em que o contato entre psicoterapeuta e paciente nos possibilita visualizar a relação de uso do objeto tal como a compreendemos a partir de Winnicott.

Migliorini (2010) nos relata um caso de uma criança que havia perdido a mãe de maneira repentina há poucos meses e que estava apresentando dificuldades em

relação ao desempenho escolar. O pai e a recente madrasta a levaram para a consulta. Diante do terapeuta o pai contou a história e perguntou à criança se ela queria dizer algo. No entanto não era possível para ela verbalizar o que sentia, algo que também acontecia com as professoras na escola, que lhe perguntavam o que estava acontecendo e ela não conseguia responder. Os responsáveis deixam a sala de atendimento o terapeuta ofereceu lápis e papel para ela:

> Migliorini: Eu ofereci lápis e papel para ela. Ela numa posição entre começar a fazer algo e silenciosa, não fez logo o desenho O que ela fez foi pegar o lápis e ficar mexendo, passando o lápis no papel, com uma expressão triste. E eu perguntei para ela: "Será que era isso que você gostaria de fazer com a sua mãe se ela estivesse por perto?" E então começou a sessão, começou a ficar mais chorosa, a contar os detalhes, aquele choro engasgado...

A partir deste momento a criança começou a desenhar. Pensamos que um processo de identificação do terapeuta com o paciente derivou na escolha de uma maneira tão delicada e sensível para abordar com a criança a perda de sua mãe. O efeito benéfico de sua intervenção precisa abriu a possibilidade de comunicação entre a dupla. Conversar sobre a sua dor, algo tão custoso até então, pôde ser vivido durante o atendimento, e não somente abriu a possibilidade de que o atendimento pudesse ter início.

Diante do relato de Migliorini (2010), lembramo-nos do jogo da espátula, uma referência para o atendimento winnicottiano, em que um momento de hesitação (WINNICOTT, 1983) ocorre antes de uma apropriação do objeto e da relação que ali se estabelece. Acreditamos que o mexer no papel, sem desenhar imediatamente, pode ser lido a partir desta concepção. A intervenção do terapeuta abre para o paciente a possibilidade de usá-los (a ele e ao material oferecido).

Podemos assim perceber o uso que a criança pode fazer do terapeuta e da sua intervenção. Segundo Migliorini (2011) sua intervenção com este paciente, nos moldes das consultas terapêuticas, teve a duração de poucas sessões e resultou na melhora do paciente em seu desempenho escolar. Após a possibilidade que a criança teve de comunicar e experienciar juntamente com o terapeuta a vivência dolorosa pela qual estava passando, foi possível retomar seu desenvolvimento. Segundo Migliorini (2010), o objetivo deste tipo de atendimento é auxiliar a criança a retomar o processo maturacional.

O terapeuta, atento à comunicação da criança, pode perceber e favorecer a comunicação de sua "saudade profunda" segundo as palavras de Migliorini (2010). A

criança sentia que não podia ser vivenciada, uma vez que o pai, com a intenção de poupá-la, não proporcionava espaço para a vivência da saudade de sua mãe. O desfecho do atendimento se dá quando o terapeuta orienta os responsáveis no sentido de não deixar que o tema se transformasse em um tabu, algo que poderia impedir a elaboração completa desta perda. A melhora da criança nas atividades escolares logo ocorreu e assim o processo se encerrou sem a necessidade de psicoterapia. Podemos considerar que a criança estava pronta para receber a intervenção do terapeuta e pôde, assim, fazer um uso deste, de forma a retomar seu desenvolvimento, sem que houvesse a necessidade de indicação de psicoterapia.

A concepção do uso do objeto, no entanto, pode também ser apreciada neste relato quando pensamos no olhar que Migliorini (2010) teve para com a demanda de atendimento dos responsáveis:

> Migliorini: A madrasta muito carinhosa, amiga dela, ajudou bastante. Ela tinha uma percepção de que o jeito que o pai estava agindo não era boa, mas ela estava em uma posição muito de recém chegada. Estava precisando que alguém se colocasse na posição, que autorizasse

Conta o terapeuta que a madrasta tinha a percepção de que o silêncio do pai em relação à criança estava sendo prejudicial a esta. No entanto, não se sentia em condições e talvez também não soubesse como auxiliá-los. A família também fez um uso do terapeuta, no sentido de recorrer a ele a fim de desbloquear uma situação de impasse emocional.

Winnicott (1971) amplia a concepção da relação para o uso do objeto; a possibilidade de usar um objeto está relacionada à capacidade de vê-lo fora da área dos fenômenos subjetivos, ou seja, a ter acesso ao objeto em si, que independe do sujeito e que está acessível a ele. O segmento apresentado deste atendimento nos parece ilustrar esta possibilidade de uso tanto da criança quanto da família.

Acreditamos ainda que a concepção de que o objeto, aquele do uso, que não é somente alvo de projeções e ou introjeções, se avizinha da compreensão de Bollas (1992), para quem o objeto ajuda até mesmo a constituir o *self* do paciente. Neste sentido o terapeuta passa a ter uma compreensão nova sobre os objetos que o paciente traz à sessão, e também pode pensar como a sua pessoa real é um objeto que causa efeito no *self* do paciente. Algo que também pudemos observar neste atendimento, especialmente quando pensamos na retomada do processo de desenvolvimento da criança.

Discorremos sobre o uso do objeto a partir do ponto de vista do paciente-criança/família, olhemos agora para este mesmo conceito considerando a pessoa do terapeuta. Um exemplo clínico também atendido por Migliorini (2010) é bastante significativo neste aspecto. Quando conversamos sobre um adolescente que apresentava um quadro predominante de tendência anti-social, Migliorini (2010) considera, genericamente, que o paciente com este quadro clínico mobiliza muito o terapeuta, e que este mobilizar está associado à satisfação de necessidades a que o terapeuta deve ir ao encontro. Quando, por exemplo, o terapeuta é mobilizado a sair do consultório e ir ao encontro do paciente porque ele se encontra em uma situação de risco.

O terapeuta neste caso fica em uma situação de exposição muito grande, uma vez que saímos do *setting* terapêutico,

> Migliorini: ficamos expostos, e isso faz parte mesmo do trabalho, como vamos lidar com isso. Se também não estivéssemos próximos, a própria tendência anti-social não tem como ser trabalhada, se não houver essa aproximação. Quer dizer, o paciente começa a piorar quando começa a se estabelecer uma relação de confiança

No entanto, esta exposição é parte mesma da atuação quando se trata de atender um caso de tendência anti-social. É a pessoa real do terapeuta, como objeto, que pode proporcionar uma relação de confiança, tão necessária a este tipo de tratamento.

Sair do consultório, atendendo a um chamado do paciente, não se configura como uma contratransferência, mas denota a presença de um objeto real que está presente na relação. O atendimento a esta tendência faz ressaltar o fenômeno da presença real do objeto e do seu uso pelo paciente, em razão de uma demanda mais explícita deste. No entanto, este fenômeno acontece em todos os atendimentos em que o paciente já atingiu um nível de amadurecimento a partir do qual ele pode entrar em contato com a pessoa real do terapeuta.

Um atendimento a uma criança com problema renal crônico, que havia passado boa parte da vida hospitalizada até conseguir um transplante, pode nos auxiliar a avançar um pouco mais nos desdobramentos do uso do objeto. Este atendimento foi supervisionado por Migliorini (2010) que orientou ao psicoterapeuta que realizava o atendimento a acompanhar o paciente quando este teve de se mudar de cidade para a realização do transplante:

> Migliorini: O resultado disso foi que o paciente...depois de um tempo falou assim para a psicóloga: “Eu não preciso mais de você”. Foi muito interessante ele poder chegar a isso, ele a dispensou, e essa dispensa foi emocional [...] uma criança como ele, a dignidade dele, a

> grandeza dele, nestas condições e no hospital, várias dificuldades diárias pelas quais ele passou, e chegar a dizer isso.

Neste exemplo clínico, o paciente não mobilizou a ação do terapeuta de forma explícita, foi uma opção espontânea do terapeuta em fazer o acompanhamento do paciente em outra cidade. Assim, podemos notar a postura de um terapeuta que pode se colocar no lugar de objeto a ser usado. A dispensa aconteceu em decorrência do uso. O uso possivelmente trouxe para o paciente a possibilidade de fortalecimento do mundo interno, se retomamos a explanação de Bollas (1992) sobre a possibilidade de que os objetos possam vir a constituir o *self* do paciente.

Desta forma, ponderamos a concepção de uso do objeto nestes casos clínicos de maneira a visualizar a vulnerabilidade a que o terapeuta está sujeito como objeto que pode ser usado, e que por esta razão não pode controlar todas as possíveis variáveis do atendimento. O atendimento à tendência anti-social talvez apenas enfatize a exposição a que estamos sujeitos diante de um atendimento em que pretendemos nos adaptar às necessidades do paciente, oferecendo nossa pessoa por meio de nossos recursos terapêuticos. Portanto entendemos que a vulnerabilidade é parte inerente da natureza desta concepção teórica, e que deriva em um grande ganho terapêutico para o paciente, haja vista a possibilidade deste enriquecer seu *self* a partir de então, dispensando assim a presença real externa e, mais ainda, entendendo a crença de que a realidade externa, com seus objetos, estará disponível e poderá ser usada como uma fonte de recursos que se estende para toda a vida.

A interpretação, uma concepção particularmente importante na teoria winnicottiana, pode ser compreendida a partir da consideração do uso do objeto pelo paciente, uma vez que o acesso ao objeto/interpretação pressupõe que o paciente possa receber algo da realidade externa, da realidade compartilhada (WINNICOTT, 1971).

Porém esta não é toda a concepção que encontramos na teoria winnicottiana. Acreditamos que este seja o olhar de Winnicott sobre a interpretação da psicanálise clássica.

Quando lemos sobre a teoria winnicottiana, percebemos a valorização do uso da interpretação como recurso terapêutico de uma maneira particular, pois a boa interpretação, diferentemente da psicanálise tradicional, não é aquela que produz um grande salto na conscientização do paciente acerca de seus conteúdos, trazendo drasticamente conteúdos do inconsciente para o consciente, mas sim aquela a que o paciente pode chegar quase que por si.

> Outeiral: Nessa interpretação (transicional) que o analista coloca de tal forma que num determinado momento o paciente tem o *insight* e a sensação de que aquilo que ele teve, é uma criação dele e não do analista. [...] O analista não vai fazer o que Bollas sugere: Celebra. Celebrar significa o seguinte: se ele pensa que chegou a esses *insights* por conta própria, eu estou trabalhando bem. Porque eu dou a essa pessoa que não tem criatividade, que não tem gesto espontâneo, não tem viver criativo, esta experiência, extremamente importante.

A interpretação transicional é aquela em o analista pode oferecer o objeto/interpretação tal como a mãe suficientemente boa oferece o seio e/ou o mundo em pequenas doses para o bebê, alimentando ainda a ilusão de onipotência de que este criou aquilo de que precisava; o que Winnicott (2005) nomeia como uma das tarefas maternas, a apresentação de objeto. Desta forma o paciente pode apreender o conteúdo com que está em condições de entrar em contato naquele momento. A interpretação transicional pressupõe ainda a adaptação às necessidades do paciente, uma vez que ela pretende ir ao encontro do momento do desenvolvimento emocional em que este se encontra. E mais ainda, ela considera uma região denominada espaço potencial, de superposição entre as áreas do brincar do paciente e do terapeuta (Winnicott, 1971).

Quanto ao espaço potencial, vejamos o depoimento de Bogomoletz (2011):

> Bogomoletz: Se eu começo a achar que o que eles estão contando tem um outro sentido que eles não estão conscientes, tento encontrar maneira de falar com ele sobre esse outro sentido. E não chamo isso de interpretação. [...] o que existiria, digamos, de primário, ou de saudável, seria uma diferença entre o que é plenamente consciente e o que é plenamente inconsciente, um grande território no meio, de lusco-fusco. Então eu, normalmente funciono nessa região do lusco-fusco porque eu fico acompanhando o que estou ouvindo e tentando perceber as idéias que me surgem

A região de lusco-fusco referida pode ser nomeada teoricamente como espaço potencial, que é aquele espaço de criação em que a dupla pode se encontrar. Este lugar assegura que o paciente possa tomar a interpretação como algo que é quase criado por ele. O cuidado que Bogomoletz (2011) tem em relação ao uso da interpretação pode ser lembrado em Hisada (1996), quando faz uso de estórias durante o processo terapêutico, já que uma estória não apresenta uma verdade ao paciente, mas uma possibilidade de representação de um conteúdo de que o paciente pode ou não se apropriar. A então interpretação transicional a que se refere Hisada (1996) guarda semelhança com a região de lusco-fusco de Bogomoletz (2011), com o espaço

potencial. Ambas intencionam preservar o paciente de uma interpretação que seja invasiva, fora da área do espaço potencial.

Algumas nuances são observadas na compreensão teórica da interpretação. Primeiramente discorremos sobre ela em relação ao uso do objeto, a partir, portanto, de um recurso a ser utilizado em momentos em que o paciente já é capaz de fazer uso do objeto. Posteriormente entramos em contato com a interpretação transicional, que antecede o uso do objeto, ou seja, o terapeuta e o objeto/interpretação atuam como objetos que estão no espaço potencial, entre o objetivo e o subjetivo.

Neste sentido, abordamos a interpretação do ponto de vista de um momento do desenvolvimento emocional mais evoluído, o do uso do objeto, para um momento menos evoluído, o do espaço potencial. Ainda que a área intermediária seja o local em que vivemos, ela contém um componente mais regressivo que o uso do objeto, pois abarca também o subjetivo.

Caminhemos então em direção a um momento mais inicial do desenvolvimento, momento em que o bebê ainda vive em um mundo subjetivamente concebido. Pensamos que a interpretação não mais tem o papel de relevo até então mencionado. Neste momento devemos então tratar do manejo como recurso terapêutico.

Contando sobre a sua vivência com um caso clínico em que aspectos bastante regredidos do paciente estavam presentes, Bogomoletz (2011) diz que aguarda para tratar a respeito de um tema com o paciente até que ele possa agüentar entrar em contato com tal conteúdo. Ou até mesmo aguarda até que o paciente tenha condições de falar realmente de si. Este está se referindo a um atendimento que aconteceu por muitos anos. Era um paciente adulto, que chegou para o atendimento em uma condição emocional bastante regredida e que em paralelo a isso vivia uma situação profissional de bastante instabilidade:

> Bogomoletz: (o paciente) chegou e por um longo período “vomitou”, uma série de angústias, de problemas, de sintomas, uma série de coisas horríveis que aconteciam com ele [...] tratei de sobreviver àquela lava incandescente[...] fui torcendo para que isso mudasse [...] ele vivia em um estado tão regredido, tão confuso, tão primitivo, tão ruim que eu não imaginava alguém dando emprego para ele. Então eu ficava torcendo para que as coisas entre nós mudassem antes que ele fosse mandado embora do emprego

Esta é a impressão causada no terapeuta acerca da condição emocional do paciente. Segue agora uma avaliação do terapeuta da realidade externa deste:

> Bogomoletz: a família dele era muito boa, mas muito dispersa [...] ninguém tinha condições de dar apoio emocional a ele...se ele tivesse eu teria “usado” isso a favor dele [...] mas ele não tinha, então esperei

A compreensão da urgência em se ter uma melhora no mundo interno do paciente, até mesmo em razão da vida profissional deste, soma-se à avaliação de que ele não tinha ainda nem possibilidade interna, nem apoio da realidade externa (família), e que portanto era preciso esperar.

A consideração da realidade externa no olhar clínico de Bogomoletz (2011) é evidente:

> Bogomoletz: A realidade para mim, pessoa, nunca foi um mar de rosas [...] a realidade para mim sempre foi um problema muito grande [...] eu sempre pensei desta forma. [...] então eu cuidava muito das pessoas que tinham...sobre as quais pesava alguma ameaça, eu tomava cuidado...

Bogomoletz (2011) discorre aqui sobre o peso da realidade para o desenvolvimento humano, no sentido geral de se desenvolver, crescer, trabalhar, criar filhos, bem como uma real consideração de alguns aspectos reais e difíceis que as pessoas têm de enfrentar no decorrer de suas vidas.

Passado o momento profissional vulnerável a que o paciente tinha se mantido por um bom período, em razão de uma mudança profissional que lhe conferiu maior estabilidade, Bogomoletz (2011) pôde então atuar de forma mais incisiva.

Entendemos que este caso clínico pode ilustrar o que entendemos por manejo, o psicoterapeuta pode perceber o estado emocional regredido, além de uma consideração extrema pela questão do ambiente, tanto pelo aspecto da falta de apoio real familiar, quanto pela sua situação profissional, e por fim, uma consideração do ambiente a partir de sua pessoa, terapeuta, que tão somente sobrevive e aguarda, até que todo o material trazido possa ser trabalhado com o paciente.

Quando questionado se este exemplo clínico se equivaleria conceitualmente ao manejo:

> Bogomoletz: Eu acho que sim, e vou até além do manejo, *holding*, no sentido mais global, sustentação, porque eu tentava fazer com que ele criasse condições, de um dia, confiar em mim um pouquinho mais, era essa a minha preocupação. Mas ele não manifestava desconfiança abertamente, a desconfiança aparecia no fato de não falar nada sobre si mesmo. Mas aparentemente confiava em mim, nunca faltava.

Holding (Winnicott, 2006) é um elemento a mais que podemos observar no relato deste caso; a sustentação da situação analítica e do momento pelo qual passava o paciente pode ser lida por meio deste conceito.

Após a situação da vida externa deste paciente ter se tornado mais amena e, especialmente, tendo o terapeuta sustentado a situação analítica, foi criada a condição necessária para que pudesse ocorrer a confiança no processo e para que a terapia pudesse evoluir em direção a um maior contato do paciente com seu mundo interno. Ainda que desenvolver este aspecto tenha sido sempre algo difícil para este paciente, segundo Bogomoletz (2011), sua vida, na realidade, alcançou progressos consideráveis.

É interessante notar que esta evolução do paciente se deu sem que houvesse interpretação. A postura do terapeuta em avaliar, conter e aguardar, ou seja, de manejar a situação é que resultou em um efeito terapêutico. A função terapêutica do terapeuta não passa necessariamente por uma intervenção verbal mas, neste caso, sintetiza-se em um compartilhar o momento vivido pelo paciente.

Em relação a este aspecto:

> Migliorini: o manejo seja talvez uma forma de interpretação ou de intervenção não verbal...no caso do paciente (com problema renal crônico) precisou de uma pessoa lá no hospital, ou do outro paciente, que você vai encontrar porque está em um bairro perigoso (referência ao caso de tendência anti-social) [...] naquele momento você está assim, com a sua presença, criando um tipo de experiência na vida com o paciente, na primeira vez na vida, não deixa de ser uma função materna...um apoio de ego...criando um tipo de experiência na primeira vez na vida

A importância do compartilhar, neste caso, que é uma constante do processo terapêutico, está relacionada à única forma de intervenção terapêutica possível, dado o momento regredido em que se encontra o paciente. O estudo do manejo é uma concepção que enfatiza a relevância do ambiente na teoria do desenvolvimento emocional, pois o terapeuta tem o papel, neste caso, de ser um ambiente, que cria uma nova experiência a ser internalizada pelo paciente.

Ainda refletindo sobre o manejo com Migliorini (2010):

> Migliorini: uma forma de intervenção com certeza, mas uma forma muito específica de intervenção, em que a função materna predomina? Intervenção para acolher ao paciente, dar um contorno para o que ele está sentindo. As vezes, vamos em uma situação como essa,você nem vai para conversar, é sem palavras. Mas não está sendo comunicado algo ai?

O estar presente pode ser interpretado como uma possibilidade de oferecer um contorno, ainda que não verbal, ao que o paciente está vivendo. Certamente algo está sendo comunicado, algo que, por vezes, de tão primitivo, não pode ser nomeado. O terapeuta, neste caso, identifica a regressão, age por identificação, hipotetiza o conteúdo que está sendo comunicado, mas ao certo não o pode definir. Em razão do momento regressivo, a presença física comunica conteúdos que não são possíveis de nomear, da mesma maneira como a mãe atende às necessidades do bebê inicialmente, por identificação profunda com ele, inconsciente, sem a consciência exata do conteúdo que veicula naquele momento.

No atendimento de Bogomoletz (2011), a sustentação do *setting* não é algo que tenha ocorrido por meio da linguagem verbal, mas não deixou de ser comunicada ao paciente.

Estas questões foram tratadas com Migliorini (2011) a partir do questionamento da entrevistadora acerca das relações possíveis entre manejo e interpretação, ao que ele também pontuou:

> Migliorini: Do ponto de vista técnico é diferente, a interpretação tem uma natureza mais verbal, ela se apresenta como um objeto que é mais acabado, tem uma função mobilizadora de colocar em movimento.

O predomínio do processo secundário está acentuado no caso da interpretação, o objetivo terapêutico é de proporcionar a reflexão, o pensamento, neste sentido é mobilizadora. Já o manejo está mais relacionado ao processo primário em que a experiência, aquilo que é oferecido pelo ambiente, é estruturante para o psiquismo.

Uma síntese sobre o manejo podemos encontrar em Outeiral (2010), que apresenta pontos importantes a respeito do manejo: considera que esta forma de intervenção é dirigida àqueles que não atingiram a dominância da etapa edípica, também se refere à necessidade de sessões mais longas a fim de que se possa organizar a interpretação transicional e, por fim, encerrando estas considerações, nos afirma:

> Outeiral: Segundo o pensamento de Winnicott e de Green, as modificações técnicas que Winnicott sugerem se constituem como uma metáfora dos cuidados maternos [...] *holding*, *handling* e apresentação do objeto.

O manejo está assim intimamente relacionado às três funções maternas às quais Winnicott (2005) se refere como necessárias ao desenvolvimento do bebê. O *holding*, já o pudemos ver no exemplo clínico de Bogomoletz (2010), o *handling* pode ser pensado como todo o cuidado de ordem física que oferecemos ao paciente, desde a

nossa postura até a organização do espaço físico do atendimento, e a apresentação de objeto nos faz retornar ao início de nossa explanação sobre a interpretação. Momento em que nos referíamos a ela como um recurso terapêutico que requer do paciente a possibilidade de fazer uso do objeto. O manejo, ao contrário, está mais associado à apresentação do objeto, à ilusão de onipotência do bebê e posteriormente ao espaço potencial, entre objetivo e subjetivo.

Parte também constituinte do manejo seria o apoio egóico, muito próximo conceitualmente das três tarefas da mãe, há pouco apresentadas:

> Outeiral: Mas o que seria apoio egóico? Seria, por exemplo, o que ele (Winnicott) faz com Margareth Little quando ela tem altos níveis de angústia e ele diz a ela: quando terminar a sessão não pega o carro e sai, deixa a chave aqui, descansa um pouco, depois pega o carro. Isso é um apoio de ego.

Pensamos que todos estes conceitos que foram aparecendo durante a entrevista, *holding, handling,* apoio egóico são parte constituinte do que entendemos por manejo. É difícil, no entanto, precisar quais são as fronteiras entre um e outro destes conceitos. Parece-nos que eles estão interligados. O manejo talvez sintetize as funções maternas, que o terapeuta, tecnicamente, possui como recursos terapêuticos para lidar com o paciente.

É possível que esta seja uma característica presente na obra de Winnicott, no sentido de que ele não foi um teórico, um acadêmico. Ele escrevia a respeito de sua prática clínica, e por esta razão não tinha a preocupação de definir conceitos. Relatava e refletia acerca de suas experiências e impressões, de maneira que os conceitos, como podemos observar em sua obra, aparecem sempre relacionados uns aos outros. Também neste sentido não é comum encontrarmos citação e/ou referência a outros autores em sua obra. A concepção de manejo, embora nos pareça um conceito puramente winnicottiano, em virtude de todos os conceitos que estão relacionados a ele, pode ter suas raízes na obra freudiana, como viemos a saber a partir do encontro com Outeiral (2010):

> Outeiral: Freud nunca usou a palavra neutralidade. O Cláudio Eizerik, aqui de Porto Alegre, foi presidente da IPA, o trabalho dele acho singular: o conceito de neutralidade em Freud. Ele inicia dizendo que Freud nunca usou a palavra neutralidade. Freud viajou com Ferenczi, que era seu paciente, até a Itália [...] Freud ajudou o “homem dos lobos”. A IPA sustentou o “homem dos lobos” até a morte dele [...] é a origem do manejo, mas não tenho dúvida de que em Freud encontramos muito.

Outeiral (2010) entende haver uma distorção da humanidade de Freud em relação à maneira como o vemos hoje quando aprendemos sobre a sua teoria. A extrema neutralidade a que atribuímos à psicanálise freudiana, por este ponto de vista, parece ser mais uma distorção dos transmissores de seu pensamento que uma recomendação técnica. Concordando com esta idéia está a compreensão do manejo, que pressupõe um grande envolvimento pessoal do terapeuta, como tendo sua origem na teoria freudiana.

Partimos das entrevistas para melhor compreender o manejo, ao que então nos deparamos com uma série de outros conceitos que o complementam. As entrevistas foram extremamente valiosas no sentido ampliar as possibilidades de olhares sobre esta concepção teórica. Os casos clínicos relatados e as explanações teóricas dissiparam dúvidas e fomentaram muitas reflexões.

Algumas delas apresentamos aqui. Perguntamo-nos primeiramente quais são as aproximações possíveis entre manejo e interpretação. A interpretação freudiana clássica, por um viés winnicottiano, pressupõe que o paciente tenha evoluído da relação para o uso do objeto. O manejo parece estar mais associado a um nível de desenvolvimento mais primitivo, dado o estado mais regredido dos pacientes que encontramos na obra winnicottiana e nestas entrevistas quando o manejo é utilizado. Segundo Outeiral (2010), o manejo serve ao paciente que ainda não atingiu a predominância edípica. A interpretação transicional, por sua vez, parece estar em um espaço intermediário entre estes dois extremos, dada a sua característica essencial, já antecipada em sua própria denominação de transicional.

Estas são classificações que buscamos fazer no sentido de compreender conceitos, no entanto, cremos que a compreensão destes se torna ampliada quando os usamos no atendimento clínico. Na prática clínica o que podemos observar é que eles são quase que indissociáveis.

O atendimento na clínica a pacientes que não atingiram a dominância do Complexo de Édipo, seria um caso em que o manejo poderia ser utilizado. No entanto, mesmo o paciente que atingiu este momento do desenvolvimento, pode regredir por alguma razão, e então necessitar de uma intervenção deste tipo. Queremos assim pontuar a existência de uma diversidade de demanda de um mesmo paciente em sessões diferentes, ou em uma mesma sessão. Pois não temos classificações tão precisas de quadros clínicos, quando trabalhamos mais com o olhar voltado para a psicodinâmica do paciente e não com estruturas nosológicas fixas.

Pontuamos o manejo como a um “estar com” o paciente, oferecendo um contorno, oferecendo um ambiente, uma experiência que é estruturante para o psiquismo. No entanto a interpretação e a interpretação transicional também o fazem, ainda que de maneira diversa. Nestas, é o ambiente/terapeuta que oferece a interpretação. O terapeuta também precisa de um processo de profunda identificação com o paciente para oferecer uma interpretação adequada. Existe assim uma diferença evidente de ordem técnica, mas que converge para um mesmo sentido terapêutico.

Em alguns momentos nos questionamos se o manejo poderia ser conceituado como uma espécie de interpretação não falada, mas vivida, haja vista o momento emocional mais regredido do paciente. Esta reflexão se deve ao fato de que a nossa postura, a nossa ação em relação ao paciente, não está pautada em sentimentos contratransferenciais, mas é fruto também de um raciocínio clínico, talvez o mesmo que produz a interpretação. Sabemos por que estamos indo até um paciente que apresenta um quadro de tendência anti-social, agimos contratransferencialmente. Nossa ação carrega e transmite um sentido, uma forma de interpretação não explicitada verbalmente.

Ou talvez o manejo seja a interpretação que ainda não foi possível verbalizar, mas que prepara o terreno para. O manejo surge como recurso terapêutico para o atendimento a momentos regressivos do paciente, mas é possível que ele se estenda a uma concepção de atendimento clínico de forma geral, no sentido de que ele ganha uma simbologia para o terapeuta, já que o manejar se refere a fazer uma adaptação constante ao momento emocional vivido pelo paciente, que ora está mais regredido, ora menos. Tal como o desenvolvimento emocional não é linear, evolui e possui revezes, a psicodinâmica do paciente que atendemos também não caminha em uma direção apenas.

Como uma forma de conter todos estes sentidos que podem parecer paradoxais, partimos de um lugar psicanalítico que se define como espaço potencial, em que podem conviver tanto o objetivo, quanto o subjetivo. Lugar em que o manejo pode comportar o objetivo, a pessoa real do terapeuta, com o trabalho também simbólico, já que imprime uma marca no psiquismo. Que comporta as diferentes “Interpretações”. No qual é possível existir a não relação de objeto, a relação e o seu uso. É desta forma e deste lugar que nos apropriamos, neste momento, da teoria winnicottiana.

6.5 A clínica winnicottiana do Manejo

Este tópico é conseqüência dos dois tópicos anteriores, com ênfase em uma clínica psicanalítica que se diferencia da psicanálise tradicional e que tem, no manejo, sua principal característica distintiva. A aproximação e apropriação da teoria pelo psicoterapeuta cria uma compreensão particular do atendimento clínico, que pretendemos apresentar aqui. Como nosso principal objeto de estudo é o manejo, iniciemos por esta questão:

> Fulgêncio: A questão do manejo está ligada a que tipo de cuidado os pacientes precisam. Para você entender que tipo de cuidado o paciente precisa, você precisa ter uma teoria sobre a saúde, imaginar... O momento do desenvolvimento que ele está, mas também onde se quer chegar. Qual é a noção de saúde [...] Então tem essa questão da saúde que acho que é uma noção importante na psicanálise. Na psicanálise em geral, Freud, Klein, Lacan, não há noção de saúde, porque a psicanálise é construída a partir do sintoma e do entendimento do sintoma. Só tem sintoma. Pierre Fédida fala de uma maneira feliz, inteligente: o sujeito é o sintoma. Nós nos constituímos enquanto sujeitos como sintoma do nosso processo de organização psíquica. O que Winnicott vai dizer, vai se diferenciar um pouco disso: "Não! Há uma noção de saúde", E aí vai especificar o que é essa saúde, e num certo sentido isso oferece um horizonte a partir do qual podemos caminhar, seja para um paciente psicótico, seja para um paciente neurótico, guardados os limites do que é possível.

Acreditamos que a psicanálise freudiana se atém a um olhar do processo do desenvolvimento humano bastante centrado na doença. A compreensão e tratamento da paciente histérica ao final do século XIX foi o início da construção do referencial psicanalítico. O sintoma, fruto de uma ideia/afeto, que não pode ser aceita conscientemente, é reprimida. No entanto esta ideia/afeto não deixa de exercer a sua influência sobre a vida do indivíduo, ela retorna como sintoma. Sintoma que carrega assim um significado. Quando o significado é revelado, o conteúdo represado no inconsciente volta à consciência, fazendo cessar o sintoma. Daí decorre a predominância da teoria psicanalítica clássica em trabalhar terapeuticamente no sentido de trazer conteúdos do inconsciente para o consciente. Pois desta forma o indivíduo se liberaria de "amarras" que impedem um uso mais econômico e livre de sua energia psíquica. Acreditamos também que um conflito constante entre pulsão de vida e de morte são fundamentais para se pensar tanto na formação destes sintomas quanto em seu desfecho.

A teoria winnicottiana considera também estes aspectos; no entanto, não os tem como norte principal. Pois para Winnicott (1983) existe uma tendência inata do

ser humano em direção ao desenvolvimento, a um processo de amadurecimento.. Esta premissa, da qual parte Winnicott gera também uma concepção de saúde, já que a compreensão do desenvolvimento humano caminha naturalmente em direção ao desenvolvimento, e em favor de um processo de amadurecimento. Se temos em mente este referencial, olhamos para cada paciente a partir deste ponto de partida e sabemos também em qual direção pretendemos caminhar com o paciente. E como essa é uma orientação geral sobre o ser humano, atendemos a todos os pacientes tendo estas questões em mente. Todos os pacientes, guardados os limites do que é possível, como pontuou Fulgêncio (2011). Não queremos também generalizar o atendimento como se tivéssemos uma regra geral a partir da qual olhamos todo e qualquer tipo de sofrimento. Apenas estamos identificando aspectos gerais que balizam o olhar clínico winnicottiano.

Estes aspectos gerais estão voltados para o desenvolvimento da criatividade, da importância da espontaneidade, do verdadeiro *self* em oposição ao falso, sempre mantendo como referência a ideia de que o sofrimento psíquico ocorre em razão de desvios do processo natural, no sentido de que este processo natural é sustentado por uma carga genética e tende a se desenvolver na presença de um ambiente facilitador. Neste sentido, nosso trabalho se dirige a auxiliar ao paciente a construir um viver criativo, situado no espaço potencial.

Mais que um embate constante entre pulsão de vida e de morte, ainda que não os desconsideremos, nosso principal olhar é sobre a possibilidade de auxiliar o paciente em direção de uma construção e de uma ampliação do continente de seu mundo interno. Quanto mais plástico e maior for seu continente interno, mas recursos ele terá para fazer uso daquilo que a realidade lhe apresentará.

Para que possamos trilhar, juntamente com o paciente, um caminho em direção a este desenvolvimento, teremos de criar algumas estratégias de intervenção. Selecionamos assim, dentre os diversos elementos que compuseram o encontro com os entrevistados, alguns que consideramos importantes, que nos auxiliam a refletir e a atuar neste sentido. Quais sejam: o experienciar juntamente, o tema da confiança e da contratransferência.

Pensemos, então na relação terapêutica com Fulgêncio (2011):

> Fulgêncio: Winnicott vai transformar a relação terapêutica, vai mudar a relação terapêutica no sentido que não se trata de uma explicitação mental dos conteúdos e das angústias, seja do analista em função da contratransferência, seja do paciente em função dos conflitos internos. Há uma série de outras coisas acontecendo que são mais importantes

> do que esses conteúdos: se comunicar, ter a possibilidade de expressar a si mesmo, que Winnicott chama isso de a experiência de ser. Então a experiência de ser, a experiência de brincar, de reparar, de destruir, consertar, a experiência de não se preocupar com, ou então a experiência de se sentir culpado com. Todas essas experiências não são redutíveis a desvendar o inconsciente reprimido, os conteúdos.

Todas estas experiências citadas por Fulgêncio (2011) fazem parte do desenvolvimento considerado saudável e que caminham em direção ao que denominamos como verdadeiro *self* e consequentemente à saúde psíquica. Um aspecto relevante deste segmento é a mudança na relação terapêutica, que confere a devida importância ao vivenciar com o paciente todas estas experiências referidas.

Esta opinião coincide com Migliorini (2010), quando discorreu sobre a tendência anti-social, sobre a necessidade do terapeuta de estar presente vivenciando com o paciente uma determinada experiência. É interessante notar que, juntamente à referência do experienciar juntos, houve menção à necessidade de se estabelecer uma relação de confiança, para que o sentido terapêutico possa se dar.

O experienciar junto, para que tenha um sentido terapêutico, supõe o estabelecimento de uma relação de confiança, referida não somente em Migliorini (2010), mas também em Bogomoletz (2011).

Podemos retomar aqui o atendimento clínico de um paciente adulto que chegou em uma situação bastante regredida, e que vivia, de fato, um momento de instabilidade em sua vida profissional. Fizemos uma breve referência ao elemento da confiança na ocasião em que apresentamos este caso. Neste momento devemos atentar um pouco mais a esta questão. A desconfiança do paciente não era deliberada, mas se refletia em sua dificuldade de entrar em contato com seus conteúdos.

Contando a história de vida deste paciente, Bogomoletz (2010) relata que ele “perdeu o elemento essencial da vida humana, segundo Winnicott, perdeu a capacidade de confiar”. O elemento confiança é de particular importância como se pode ver em Abram (1996), quando sustenta que é a confiança que engendra o ambiente de *holding*. Confiança e *holding* são indissociáveis na formação de uma relação que seja terapêutica. Algo que o psicoterapeuta pode proporcionar e que talvez tenha sido um dos elementos essenciais que colaboraram com a evolução do paciente. A confiança foi um tema bastante presente durante todo o encontro com este psicoterapeuta, que enfatiza, como uma de nossas funções, restabelecer a capacidade de confiar do paciente.

Já a discussão sobre a contratransferência, podemos vê-la no encontro com Outeiral (2010):

> Outeiral: Winnicott trabalha com a idéia de contratransferência; de uma circularidade entre aquilo que é transferido e que produz no analista um tipo de resposta. Essa contratransferência é inconsciente. Esses pacientes, a esta categoria que Winnicott propõe as suas modificações, esses pacientes que tem dificuldade na representação de palavra, eles tem apenas representação de coisa. [...] Então se um paciente diz: "minha mãe me abandonou quando eu tinha um mês de idade". Isso não tem "tanta importância". É importante quando, por exemplo, termina o horário de sessão e algum incômodo fica dentro do analista para dizer: "essa sessão terminou". O que o paciente colocou, por identificação projetiva, dentro do analista, não pelo conjunto de palavras, mas pela transferência e contratransferência, pela comunicação de inconsciente para inconsciente, as suas necessidades que são inefáveis, ou seja, anteriores a representação de palavras.

Uma possível relação entre manejo e contratransferência pode aqui ser apreciada. O manejo atende às necessidades do paciente que se apresenta regredido e que transmite ao terapeuta, de maneira não verbal, as suas angústias. Um olhar winnicottiano sobre o conceito de contratransferência.

As aspas conferidas ao fato de não ter "tanta importância" quando o paciente fala diretamente sobre seu sofrimento, aparecem para apontar a diferença de atuação do terapeuta diante de um sofrimento que é verbalizável daquele que ainda não o pode ser. Não tem o sentido, evidentemente, de minimizar a importância de um conteúdo que o paciente nos traz. A atenção do terapeuta à compreensão de seu desconforto, fruto da identificação projetiva do paciente, é um elemento que nos parece essencial e que vem a complementar nossa atuação clínica.

A possibilidade de experienciar junto, a confiança estabelecida na relação e o olhar atento a contratransferências são elementos, que não pretendemos dizer os principais elementos terapêuticos, mas foram os que pudemos construir no contato com as entrevistas que realizamos.

Além destes elementos, que apareceram mais enfaticamente nas entrevistas, percebemos, de maneira pontual, mas também muito significativa, alguns elementos que parecem ampliar nosso entendimento de uma clínica winnicottiana.

Do encontro com Migliorini (2010), que chegou a Winnicott depois de trabalhar com Jung, existia uma sensação de que algo faltava em relação à técnica de crianças, o que pode encontrar na teoria winnicottiana. Assim, a experiência clínica pensada a partir de uma perspectiva maturacional, com a possibilidade de não interpretar o tempo todo, como no caso da consulta terapêutica. Nesta não se trabalha com elementos transferenciais e contratransferenciais, encerrando o trabalho com o

paciente assim que ele pode retomar seu desenvolvimento. São aspectos bastante significativos desta entrevista. Este psicoterapeuta entende que o atendimento clínico está mais voltado para a possibilidade de que haja uma comunicação e um experienciar junto durante a sessão. O uso do símbolo no atendimento terapêutico, no sentido de facilitar o processo de comunicação, também foi mencionado, em oposição a fazer uma interpretação a todo e qualquer símbolo apresentado pelo paciente. A comunicação é sempre visada, o terapeuta acompanha o caminho que o paciente precisa percorrer naquele momento.

Também foi mencionada a ampliação das possibilidades de intervir daí decorrentes, como é o caso do atendimento aos psicóticos ou aos casos em que existe a tendência anti-social. A importância de olharmos para a necessidade do paciente, sem considerá-la atuação ou manipulação por parte deste, e/ou de questões inconscientes (contratrasnferenciais) que não estamos compreendendo. O psicoterapeuta passa a ser um facilitador do desenvolvimento, atento sempre ao que está em trânsito, ao que está em movimento na sessão.

A entrevista de Bogomoletz (2011) nos trouxe a possibilidade de pensar na clínica winnicottiana que exercemos como um reflexo da pessoa do analista, podendo ser percebida uma grande coerência entre aspectos pessoais e profissionais. O destaque dado para o tema da confiança e da criatividade. A confiança em seus dois aspectos, tanto como fator importante para o desenvolvimento quanto como uma postura do terapeuta que parte deste princípio quando atende ao paciente.

Uma compreensão sobre a teoria winnicottiana do ponto de vista da valorização da criatividade, como algo que pode ser reconhecido com o pensamento moderno, também foi notável e, acreditamos, um forte representante da atuação deste psicoterapeuta, desde como ele entende a demanda do paciente pela psicoterapia e até em sua maneira de intervir. A criatividade está presente também no modo como a teoria winnicottiana pode ser vista, com um referencial diferente da metapsicologia.

Apesar de ter em sua obra alguns textos bastante técnicos, Winnicott não trabalha predominantemente neste sentido de enfatizar conceitos. A maior parte do tempo ele faz reflexões sobre a sua prática clínica, percepção de Winnicott presente em Bogomoletz (2011) e também em Outeiral (2010).

Outeiral (2010) por sua vez nos mostrou a possibilidade de diminuir uma separação radical entre Winnicott e Freud; Winnicott nos pareceu conter elementos freudianos e Freud elementos winnicottianos. O entendimento deste terapeuta de que as

pessoas criam mitos quando estão se apropriando do pensamento de grandes figuras que temos no cenário psicanalítico nos ajudou neste sentido. Por vezes criamos um autor quando nos apropriamos de uma teoria. Certamente, conferimos algum "colorido" a uma determinada teoria, em função de nossa personalidade e/ou de nosso percurso teórico. E não poderia ser diferente, já que a escolha de nosso referencial teórico acontece por afinidade, por um processo de identificação.

Por outro lado, também não deixamos de considerar a importância de um processo de desenvolvimento das teorias, que independem do "colorido" pessoal. Para Fulgêncio (2011), Freud pensou a psicanálise como uma ciência natural que procura as causas e desenvolve um método de tratamento baseado nestas causas. Já em Winnicott, o que vemos é uma ênfase no processo de amadurecimento, que se distancia da metapsicologia, dos conceitos pensados de forma abstrata, por analogias com as ciências naturais. Winnicott se dirige às descrições de fatos propriamente humanos, e assim ele teria mudado o lugar epistemológico da psicanálise, de uma ciência natural para humana. Além disso, citou uma série de autores, tais como Anna Freud, Kohut, Hartmann, Farbain, Roy Schafer, George Klein e outros, que também trabalham nesta direção. São os chamados autores da psicologia do *self*. Segundo nosso entrevistado, estes autores têm um olhar crítico em relação a uma abstração muito grande em que a psicanálise se transformou com a ênfase na metapsicologia.

Existe uma importância histórica de Winnicott para o desenvolvimento da psicanálise. A importância do estudo detalhado e preciso do contexto em que a teoria psicanalítica se desenvolveu, estiveram particularmente presentes neste encontro.

Reiteramos que esta breve síntese apresentada sobre o contato com cada entrevistado não reflete completamente a postura de cada um em sua prática clínica. Apresentamos os aspectos que pareceram relevantes à pesquisadora e ao seu tema. Em todos os entrevistados, percebemos a dedicação com a escrita e publicação de trabalhos relacionados a Winnicott, se não com ênfase na vida acadêmica, na participação, apresentação e organização de congressos.

A partir deles e das leituras realizadas, pensamos que o manejo pode ser entendido como mais que um conceito, mas como a concepção de uma clínica. Uma clínica que considera a particularidade do paciente no sentido de seus processos de amadurecimento e que, na pessoa do terapeuta, oferece uma adaptação às suas necessidades.

Pretendemos aqui fortalecer nossa compreensão teórica como pesquisadores e aumentar nossa sensibilidade clínica como psicoterapeutas. Este é o Winnicott que podemos ver neste momento, a partir destas entrevistas, do percurso teórico e das experiências profissionais da pesquisadora. Esperamos também ter criado um olhar sobre Winnicott que possa ser compartilhado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de um trabalho de pesquisa exige intenso estudo, reflexão e a habilidade de unirmos teoria e prática. A teoria nos serviu para melhor compreender a prática clínica. A prática, por sua vez, testa a teoria e nos solicita sua constante revisão e ampliação. A prática clínica sempre nos solicitará novos estudos. O contexto histórico em que cada teoria se desenvolve se altera o tempo todo.

Estamos cientes de que apresentamos opiniões algo divergentes, a respeito da mudança ou não de paradigma do pensamento winnicottiano. Sem tomar um posicionamento diante destas idéias, apenas as utilizamos para que pudéssemos pensar a clínica por um olhar winnicottiano sob a primazia do manejo.

Para a pesquisadora, o aspecto que lhe pareceu novo com este estudo foi uma mudança em sua compreensão sobre a interpretação, a interpretação transicional e o manejo, com suas nuances e gradações na maneira de usá-los durante o processo terapêutico. Um processo terapêutico que visa sempre à ampliação do Ser do paciente, à ampliação de seu mundo interno, do viver no espaço potencial, de um viver espontâneo e criativo.

Entendemos que trabalhamos com uma concepção de clínica que tem no cuidado o seu principal representante, cuidado que é oferecido pelo analista, cuidado que é internalizado pelo paciente. E que, paradoxalmente, não é privilégio nem da mãe, nem tampouco do terapeuta, como vimos, mas que é factível, por meio de um ambiente suficientemente bom. Ora este ambiente é representado por um, ora por outro e, como vimos em Winnicott, o ambiente é também representado pela vida social como um todo e por todas as experiências que temos ao longo da vida, pois nunca deixamos de ter alguma dependência do ambiente, como podemos lembrar se retomarmos o terceiro momento do desenvolvimento referido por Winnicott: a independência relativa.

Acreditamos que cumprimos nosso objetivo neste trabalho e, como não raro acontece, abrimos a partir dele um novo questionamento. A particular influência atribuída ao ambiente na teoria winnicottiana, uma espécie de fio condutor do nosso trabalho, é um tema que não se esgota em nossas reflexões. Ao contrário, a importância do ambiente nos coloca diante de uma nova problemática: dada a importância deste para o desenvolvimento emocional infantil e para a relação terapêutica, passamos a atribuir um sentido especial à experiência vivida no *setting* mais tradicional e também fora dele.

Qual seria a dimensão, para uma leitura winnicottiana, do fator experiência em termos de estruturação psíquica e seus efeitos terapêuticos?

Uma questão polêmica se avizinha quando nos fazemos esta pergunta. O tema da experiência emocional corretiva se insinuou durante as entrevistas. A experiência emocional vivida na dupla terapeuta/paciente pode ser considerada como corretiva? Este conceito provém da psicologia do ego e Winnicott possui alguma influência desta corrente da psicologia.

Após a ocorrência do tema da experiência emocional corretiva haver aparecido em nossas entrevistas, encontramo-lo nos textos de Winnicott. Mas Winnicott o usou de maneira diversa? Assim como amplia alguns conceitos psicanalíticos da psicanálise freudiana?

Nossa leitura sobre uma obra sempre é seletiva. Não apreendemos todo o material com que entramos em contato. Talvez agora seja o momento de revisitarmos a teoria winnicottiana, procurando compreender o estatuto da experiência vivida no *setting* com suas possíveis aproximações com a psicologia do ego, com a ideia de correção. Ainda que a psicanálise não tenha o caráter mais diretivo da psicologia do ego, acreditamos que algumas reflexões sejam bastante frutíferas neste sentido. As prováveis interfaces e contradições de um conceito em diferentes referencias teóricos nos auxiliam na compreensão mais profunda de nosso referencial teórico e de nossa prática, pautada sempre no conhecimento científico.

Encerramos assim nosso trabalho, por ora, com a esperança de que tenhamos contribuído com uma reflexão frutífera e localizada no espaço potencial, local em que a criatividade e a possibilidade de compartilhar com o outro estejam presentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMONY, N. S. **Nas pegadas de Balint – Reflexões psicanalíticas de D. W. Winnicott.** In: BEZERRA JÚNIOR, B. ;ORTEGA, F. Winnicott e seus interlocutores. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

ABRAM, A. **A linguagem de Winnicott. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

BALINT, M. A falha básica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

BEZERRA JÚNIOR, B. ; ORTEGA, F. **Winnicott e seus interlocutores.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

BOLLAS, C. **A sombra do objeto. Psicanálise do conhecido não-pensado.** Rio de Janeiro: Imago, 1992.

DAVIS, M. **Limite e espaço: Uma introdução à obra de D. W. Wininicott.** Rio de Janeiro: Imago, 1982.

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

ESTELLITA-LINS, C. E. **Saúde e doença na psicanálise**. In: BENILTON BEZERRA, J. ;ORTEGA, F. Winnicott e seus interlocutores. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

ETCHEGOYEN, R. H. **Fundamentos da técnica psicanalítica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

FORLENZA NETO, O. **Aplicação das idéias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizóides, fronteiriços e psicóticos).** In: Natureza Humana: Revista internacional de filosofia e práticas psicoterápicas, São Paulo: Educ, 1999.

HERMANN, F., LOWENKRON, T. (Org.) **Pesquisando com o método psicanalítico.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HISADA, S. **A utilização de histórias no processo psicoterápico de pacientes adultos.** In: CATAFESTA, I. F. M. D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo. O verdadeiro e o falso. A tradição independente na psicanálise contemporânea. Depto. De Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Cidade Universitária, São Paulo, Brasil, 1996.

HISADA, S. **Clínica do *setting* em Winnicott.** Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

LEVINZON, G. K. **O Uso de um objeto transicional.** In: CATAFESTA, I. F. M. D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo. O verdadeiro e o falso. A tradição independente na psicanálise contemporânea. Depto. De Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Cidade Universitária, São Paulo, Brasil, 1996.

LAPLANCHE, J. ; PONTALIS. **Vocabulário da psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LOPARIC, Z. Winnicott e o pensamento pós-metafísico. In: CATAFESTA, I. F. M. D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo. O verdadeiro e o falso. A tradição independente na psicanálise contemporânea. Depto. De Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Cidade Universitária, São Paulo, Brasil, 1996.

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

OUTEIRAL, O & GRANÃ, R. **Donald Winnicott estudos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

OUTEIRAL, J. O. Perspectivas de pesquisa na abordagem winnicottianna. In: CATAFESTA, I. F. M. D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo. O verdadeiro e o falso. A tradição independente na psicanálise contemporânea. Depto. De Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Cidade Universitária, São Paulo, Brasil, 1996.

PLASTINO, C. A. **Winnicott: a fidelidade da heterodoxia.** In: BEZERRA JÚNIOR, B. ; ORTEGA, F. Winnicott e seus interlocutores. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

RODMAN, R. **O gesto espontâneo.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SAFRA, G. **A face estética do *self*: teoria e clínica.** São Paulo: Unimarco Editora, 2005.

SÉRVULO, A. F. **Algumas idéias sobre Winnicott.** In: CATAFESTA, I. F. M. D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo. O verdadeiro e o falso. A tradição independente na psicanálise contemporânea. Depto. De Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Cidade Universitária, São Paulo, Brasil, 1996.

SILVA, A. L. M. L. **Contribuição de Winnicott à interpretação psicanalítica: da possibilidade do reencontro com a loucura.** In: CATAFESTA, I. F. M. D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo. O verdadeiro e o falso. A tradição independente na psicanálise contemporânea. Depto. De Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Cidade Universitária, São Paulo, Brasil, 1996.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

_____ **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____ **Explorações psicanalíticas.** Porto Alegre. Artmed, 1994.

_____ **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____ **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____ **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago,1971.

_____ **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____ **Textos selecionados da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DO PESQUISADOR E DO ORIENTADOR

Nome do Pesquisador Responsável: Karin Kristina Prado Telles	
CPF: 216.977.398-30.	R.G.: 32.180.045-X
Maior Titulação: Mestre	Instituição: Faculdade de Ciências e Letras "Júlio de Mesquita Filho" –Unesp – Campus – Assis – SP

Nome do Orientador: Francisco Hashimoto	
CPF:. 826.647.578-49.	R.G.: 6936929.
Maior Titulação: Livre Docente	Instituição: Faculdade de Ciências e Letras "Júlio de Mesquita Filho"- Unesp – Campus Assis – SP.

II - LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA:

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100	Cidade: Assis	UF: SP
CEP: 19.806-900	Telefone: 18-3322-2933 / 3302-5900	

III - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Nome::			
RG:	Sexo:	Data de Nascimento:	
Endereço:	Cidade:		UF:

IV - DADOS SOBRE A PESQUISA:

Título da Pesquisa: O manejo terapêutico em Winnicott: A clínica contemporânea
Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa: Esta pesquisa se justifica pela necessidade de aprimorar a atuação do psicoterapeuta. O objetivo é compreender como o terapeuta clínico de orientação psicanalítica se apropria da teoria winnicottiana. Serão realizadas entrevistas semi-diretivas. A entrevista será transcrita e enviada ao entrevistado para eventuais correções.
Descrição dos desconfortos e riscos possíveis com avaliação de gravidade: Não há riscos para os entrevistados.
Benefícios que poderão ser obtidos: Melhor compreensão da atividade profissional do psicoterapeuta.
Métodos alternativos existentes: Não há.
Forma de acompanhamento e assistência , assim como seus responsáveis: Não há.
Previsão de Ressarcimento de gastos: Não haverá gastos a serem ressarcidos.
Formas de indenização de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa: Não haverá danos.
Será garantido ao sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalizações ou prejuízos pessoais.

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador sobre os itens descritos acima, consinto em participar, na qualidade de sujeito, desta pesquisa e, informo que:

( ) Autorizo a publicação integral dos dados.

( ) Autorizo a publicação parcial dos dados.

( ) Não autorizo a publicação dos dados.

_____, ___ de _____ de 20__

_____ _____

Karin Kristina Prado Telles

Psicoterapeuta entrevistado Pesquisadora

CRP.: 06/7475-7