

RICARDO TELLES DE DEUS

**UM ESTUDO SOBRE A TRANSFERÊNCIA EM
WINNICOTT NO CASO PIGGLE**

**PUC-CAMPINAS
2014**

RICARDO TELLES DE DEUS

**UM ESTUDO SOBRE A TRANSFERÊNCIA EM
WINNICOTT NO CASO PIGGLE**

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

Orientador: Prof. Dr. Leopoldo Pereira Fulgencio Junior

**PUC-CAMPINAS
2014**

Ficha Catalográfica

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t618.928917 Deus, Ricardo Telles de.

D486e

Um estudo sobre a transferência em Winnicott no caso Piggie / Ricardo
Telles de Deus. - Campinas: PUC-Campinas, 2014.
98 p.

Orientador: Leopoldo Pereira Fulgêncio Junior.

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

Inclui bibliografia.

1. Psicanálise Infantil. 2. Ego (Psicologia) 3. Neuroses. 4. Winnicott, D.

W. (Donald Woods), 1896-1971. I. Fulgêncio Junior, Leopoldo Pereira. II.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.


RICARDO TELLES DE DEUS

**UM ESTUDO SOBRE A TRANSFERÊNCIA EM
WINNICOTT NO CASO PIGGLE**

BANCA EXAMINADORA


Presidente: Prof. Dr. Leopoldo Pereira Fulgencio Junior


Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto


Prof. Dr. João Paulo Barretta


Profª. Drª. Tania Mara Marques Granato


Profª. Drª. Tania Maria José Aiello Vaisberg

PUC - CAMPINAS

2014

*Para Lorenzo e Adriana,
com todo amor e gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Leopoldo Fulgencio, orientador desta pesquisa, pelas discussões fecundas durante o Doutorado, pelas aulas ministradas, bem como por ter depositado confiança em meu trabalho.

Ao Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto por ter me ajudado, de modo decisivo, no estudo do caso Piggie, bem como pela supervisão clínica ao longo destes anos. Suas críticas e sugestões, no exame de qualificação e na defesa, foram fundamentais.

À Profa. Dra. Tânia Maria Aiello Vaisberg, pelas críticas e sugestões preciosas, no exame de qualificação e na defesa.

À Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato, pela leitura atenta do trabalho e pelos valiosos apontamentos e sugestões na ocasião da defesa.

Ao Prof. Dr. João Paulo Barretta, pelas perguntas pertinentes e importantes sugestões na ocasião da defesa.

Aos colegas do grupo de pesquisa da PUC-Campinas, pelos anos de convivência e diálogo proveitoso.

À Marília Cesarino, pelas discussões enriquecedoras e pela amizade.

À CAPES, pela bolsa de estudos concedida: sem ela, este estudo não teria sido realizado.

À Soraia Ciccone, por toda ajuda no que se refere à formatação do texto e, sobretudo, pela disponibilidade afetiva.

À Claudia Perrotta, pela revisão do trabalho.

Ao Andrés Antunez e à Cristina Gomes, pela tradução dos resumos.

À Adriana, minha esposa e companheira, pela paciência e amor durante estes anos de muito trabalho.

Ao meu filho Lorenzo, por despertar em mim a alegria e felicidade de uma vida mais plena.

Ao Osmir e à Terezinha, por terem cuidado do Lorenzo e da Adriana durante as minhas ausências, e pelo apoio na ocasião da defesa.

Ao Alexandre, à Bruna e à Fernandinha, pela presença especial.

À minha mãe e ao Renato, pela presença carinhosa.

À minha irmã Juliana, pela presença afetiva.

Ao meu pai por tudo. Por certo, ele ficaria feliz em compartilhar comigo mais esta conquista.

Ao Afrânio, por ter cuidado de mim, me ajudando a ser mais saudável.

À Elisa Cintra, pelo valioso apoio e pela interlocução ao longo dos anos.

Aos meus amigos Primo, Rodrigo, Paulo Rogério, Luis Eduardo, Katia Gomes, Marciela, Lou, Veridiana e Marcio, pela presença afetiva.

Aos meus alunos, pelas experiências de aprendizado mútuo.

Aos meus pacientes, pela confiança depositada em mim e pelo ensino constante.

RESUMO

Deus, Ricardo Telles de. *Um estudo sobre a transferência em Winnicott no Caso Piggie*. 2014. 98f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2014.

O objetivo desta pesquisa é mostrar que a transferência analítica, no contexto da prática clínica de Winnicott, não se resume à diferenciação, proposta pelo autor, entre a neurose de transferência e a transferência de qualidade psicótica (por ele observada nas fases de regressão à dependência absoluta, durante a análise dos casos *borderline*, ou nos momentos psicóticos do tratamento de pacientes neuróticos ou de pessoas normais), abarcando outras formas transferenciais que podem ser visualizadas à luz da teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional. No presente estudo, assinalamos que o autor distinguiu as formas de transferência com base em suas ideias acerca do processo de desenvolvimento emocional humano, por ele concebido em termos de ego (ou “estrutura básica da personalidade”) e de vida instintiva (ou id) e relações de objeto propriamente ditas (isto é: relações que, no plano da experiência do indivíduo, ocorrem entre pessoas inteiras no contexto da dinâmica triangular, a três corpos, que caracteriza a situação edípica). Em decorrência dessa ênfase, o estudo visa contribuir, igualmente, para o melhor entendimento das propostas de Winnicott que reavaliam e reposicionam, no âmbito do processo de maturação dos seres humanos, o lugar da vida instintiva e das relações de objeto propriamente ditas. Esta investigação foi realizada por meio do estudo de material clínico selecionado do caso Piggie. Além de assinalar, de modo pontual, alguns aspectos da reinterpretação winnicottiana da transferência de qualidade neurótica, bem como da concepção do autor acerca da regressão à dependência na transferência, o presente estudo possibilitou esclarecer que Winnicott distinguiu, no âmbito dos fenômenos de transferência, os seguintes aspectos clínicos: capacidade de confiar no analista; necessidade egóica de o paciente criar, de modo onipotente, o analista (em relação com um aspecto do *setting* psicanalítico: a frequência e o ritmo das consultas); capacidade para estar só em presença do analista; organização e força de ego na transferência; transferência paterna (à luz da teoria winnicottiana acerca da situação edípica da menina); erotismo oral na transferência (no que se refere à oposição, estabelecida pelo autor, entre avidez e voracidade).

Termos de indexação: transferência; ego; id; Piggie; Winnicott.

ABSTRACT

Deus, Ricardo Telles de. A study on transference in Winnicott at the Piggle case. 2014. 98f. Thesis (Ph.D. in Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2014.

The objective of this research is to show that the analytic transference, in the context of Winnicott's clinical practice, is not limited to any differentiation, as proposed by the author, between transference neurosis and transference of a psychotic quality (that he observed in the phases of regression to absolute dependence during the analysis of borderline cases, or in psychotic episodes in the treatment of neurotic patients or normal people), including other forms of transference that can be viewed in the light of Winnicott's theory of emotional development. In the present study, we noted that the author distinguished forms of transference based on his idea of the process of human emotional development, as conceived by him in terms of ego (or "basic personality structure") and instinctual life (or id) and proper object relations per se (i.e. relations that, at the individual's experience level, occur among the related people in the whole triangular dynamic, three bodies, which features the Oedipal situation). As a result of this emphasis, the study also aims to contribute to a better understanding of Winnicott's propositions that reassess and reposition the place of instinctive life and object relations themselves within the maturation process of human beings. This investigation was performed by means of clinical study material selected from the Piggle case. In addition to marking, in particular, some aspects of Winnicott's reinterpretation of transference of a neurotic quality, as well as the author's design of the regression to dependence on transference, this study allowed us to clarify that Winnicott distinguished, in the context of transference phenomena, the following clinical features: ability to trust in the analyst; ego's need for the patient to create, in an omnipotent way, the analyst (in relation to one aspect of the psychoanalytic setting: the frequency and pace of visits); ability to be alone in the presence of the analyst; organization and ego strength in the transference; paternal transference (in light of Winnicott's theory about the the girl's Oedipal situation); oral eroticism at transference (with regard to the opposition, established by the author, between greed and greediness).

Index terms: transference; ego; id; Piggle; Winnicott.

RESÚMEM

Deus, Ricardo Telles de. *Un estudio sobre la transferencia en Winnicott en el caso Piggle*. 2014. 98f. Tesis (Doctorado en Psicología) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2014.

El objetivo de esta investigación es mostrar que la transferencia analítica, en el contexto de la práctica clínica de Winnicott, no se resume a la diferenciación, que propone el autor, entre la neurosis de transferencia y la transferencia de cualidad psicótica (por el observada en las fases de regresión a la dependencia absoluta, durante el análisis de los casos *borderline*, o en los momentos psicóticos del tratamiento de pacientes neuróticos o de personas normales), abarcando otras formas transferenciales que pueden ser visualizadas por la teoría winnicottiana del desarrollo emocional. En el presente estudio, señalamos que el autor distinguió las formas de transferencia con base en sus ideas acerca del proceso de desarrollo emocional humano, desarrollo por el concebido en términos del ego (o “estructura básica de la personalidad”) y de la vida instintiva (el id) y relaciones de objeto propiamente dichas (relaciones que, en el plano de la experiencia del individuo, ocurren entre personas enteras en el contexto de la dinámica triangular, a tres cuerpos, que caracteriza la situación de Edipo). En de correnca de esta énfasis, el estudio busca contribuir, igualmente, para el mejor entendimiento de las proposiciones de Winnicott que revalúan y reposicionan, en el ámbito del proceso de maduración de los seres humanos, el lugar de la vida instintiva y de las relaciones de objeto propiamente dichas. Esta investigación fue realizada por medio del estudio del material clínico seleccionado del caso Piggle. Allá de señalar, de modo puntual, algunos aspectos de la reinterpretación winnicottiana de la transferencia de cualidad neurótica, bien como de la concepción del autor acerca de la regresión a la dependencia en la transferencia, el presente estudio posibilitó esclarecer que Winnicott distinguió, en el ámbito de los fenómenos de transferencia, los siguientes aspectos clínicos: capacidad de confiar en el analista; necesidad del ego del paciente crear, de modo omnipotente, el analista (en relación con un aspecto del *setting* psicoanalítico: la frecuencia y el ritmo de las consultas); capacidad para estar solo en presencia del analista; organización y fuerza del ego en la transferencia; transferencia paterna (en la teoría winnicottiana acerca de la situación de Edipo en la niña); erotismo oral en la transferencia (en lo que se refiere a la oposición, establecida por el autor, entre avidez y voracidad).

Termos de indexación: transferencia; ego; id; Piggle; Winnicott.

SUMÁRIO

Introdução	7
Capítulo 1 Winnicott e o lugar da vida instintiva e das relações de objeto propriamente ditas no processo de desenvolvimento emocional: apontamentos sobre os primórdios do “ego”	25
1.1 O termo “ego” em Winnicott	27
1.2 O desenvolvimento do ego: integração, personalização e início das relações objetais	28
1.3 O conceito de ego: outros aspectos teóricos	31
1.4 Implicações para a psicopatologia e para a clínica psicanalítica	37
Capítulo 2 Aspectos da Transferência em Freud e Winnicott	45
2.1 Freud e a descoberta da neurose de transferência	45
2.2 Winnicott: reinterpretação da neurose de transferência e regressão à dependência na transferência	49
Capítulo 3 O Caso Piggle: considerações preliminares	54
Capítulo 4 Variedades Clínicas da Transferência no Caso Piggle	58
4.1 Confiança e transferência	58
4.1.1 O surgimento do “Dr. Winnicott”	59
4.2 Necessidade egóica (<i>ego need</i>) de criar onipotentemente o analista e <i>setting</i> psicanalítico: o manejo (<i>management</i>) da frequência e do ritmo das consultas	62
4.3 Organização e força de ego na transferência	64
4.4 O analista como “pessoa papai” (<i>daddy person</i>): transferência e situação edípica	68
4.5 Gabrielle está só na presença de Winnicott: relação-de-ego (<i>ego relatedness</i>) e transferência	68
4.6 Do bebê ávido ao leão voraz: erotismo oral e transferência	74
Considerações Finais	81
Referências Bibliográficas	87

INTRODUÇÃO

O objetivo desta pesquisa é mostrar que a transferência analítica, no contexto da prática clínica de Winnicott, não se resumiu à diferenciação, proposta pelo autor, entre a neurose de transferência e a transferência de qualidade psicótica, sendo esta por ele observada nas fases de regressão à dependência absoluta, durante a análise dos casos *borderline*, ou nos momentos psicóticos do tratamento de pacientes neuróticos ou de pessoas normais.

Na perspectiva de Winnicott, há outras formas transferenciais que podem ser visualizadas à luz de suas ideias acerca do processo de desenvolvimento emocional humano, por ele concebido em termos de ego (ou “estrutura básica da personalidade”) e de vida instintiva (ou id) e relações de objeto propriamente ditas (isto é: relações que, no plano da experiência do indivíduo, ocorrem entre pessoas inteiras no contexto da dinâmica triangular, a três corpos, que caracteriza a situação edípica).

Em decorrência dessa ênfase, o estudo visa contribuir, igualmente, para o melhor entendimento das propostas de Winnicott, as quais reavaliam e reposicionam, no âmbito do processo de maturação dos seres humanos, o lugar da vida instintiva e das relações de objeto propriamente ditas. Esta investigação será realizada por meio do estudo de material clínico selecionado do caso Piggie.

Com o propósito de desdobrar os aspectos que compõem e caracterizam o presente estudo, iniciamos apresentando de modo breve e pontual a maneira com que Freud abordava o fenômeno da transferência.

Enquanto método de tratamento, Freud (2011[1923]) não pensava a psicanálise como uma panaceia ou terapêutica capaz de “realizar milagres” (p. 296). Ao contrário, preocupava-se em delinear, com a maior precisão possível, qual seriam o alcance e o limite das possibilidades terapêuticas do tratamento psicanalítico. Em termos psicopatológicos, Freud definiu a psicanálise como “um método de tratamento de distúrbios neuróticos” (p. 274), isto é, uma clínica apropriada para o enfrentamento clínico das histerias e neuroses obsessivas (“neuroses de transferência”)¹.

Tal delimitação do campo de ação terapêutica da psicanálise foi realizada com base em um critério fundamental, que, por sua vez, foi formulado a partir de uma descoberta clínica de extraordinária importância.

Freud (2010d [1914]) observou que as pessoas que padeciam dessas enfermidades apresentavam uma característica peculiar: tendiam a transferir para o interior dos relacionamentos afetivos, de modo compulsivo e sem se dar conta, aspectos significativos de suas psiconeuroses. Constatou também que esse processo, no limite, conduzia a uma situação em que *todas as facetas mais importantes da enfermidade haviam migrado para o interior do vínculo afetivo estabelecido pelo neurótico*. Para o criador da psicanálise, em tal circunstância extrema, o enfermo teria substituído “sua neurose ordinária por uma neurose de transferência” (p. 206). Quando um fenômeno deste tipo ocorria durante a análise e, mais exatamente, no âmbito da relação estabelecida pelo paciente com o psicanalista, Freud assinalava que algo *decisivo* havia ocorrido em termos terapêuticos. Isto porque ele observou que a “neurose ordinária” *não* era vulnerável à análise, mas tão somente a “neurose de transferência”, “enfermidade artificial... em toda parte acessível à nossa interferência” (p. 206) e da qual o enfermo poderia “ser curado pelo trabalho terapêutico” (Idem).

Vê-se aqui, com clareza, a enorme importância que o fenômeno da transferência adquiriu no contexto da clínica psicanalítica freudiana. Nessa

¹ Segundo Laplanche e Pontalis (1995, p. 308) este seria o sentido nosográfico da expressão “neurose de transferência”: uma categoria de neurose que abarca a “histeria de angústia”, a “histeria de conversão” e a “neurose obsessiva”.

perspectiva, o processo psicanalítico bem sucedido incluiria, *necessariamente*, o estabelecimento e a resolução da neurose de transferência².

Pensava Freud que, no contexto clínico em que a neurose de transferência gradualmente se estabeleceria, o analista seria tomado pelo paciente como objeto de investimento libidinal. Isto é, o analista se tornaria objeto das pulsões sexuais³, especialmente, no que se refere à libido ligada aos conteúdos psíquicos reprimidos mantidos no inconsciente do neurótico. Haveria na neurose, portanto, um montante de libido objetal suficiente para tanto, situação que, quando comparada ao narcisismo característico do psicótico (Freud, 2010b [1914]; 2010c [1911]), produzia um vivo contraste. Para Freud, ou o psicótico não era capaz de manifestar qualquer tipo de transferência, em decorrência de seu narcisismo exacerbado, ou, como no caso dos paranoicos, “a capacidade de transferência [do enfermo] torna-se essencialmente negativa” (2010a [1912], p. 145) (isto é: só acontece em termos de sentimentos hostis), situação psicopatológica que “acaba [com] a possibilidade de influência e de cura” (Idem) por meio da psicanálise.

Ao mesmo tempo, Freud assinala que os conteúdos reprimidos são reproduzidos, na transferência, *não* com a qualidade própria às recordações, mas como *repetição*. O paciente *revive* com o analista, com um acentuado sentimento de realidade e atualidade, aspectos relativos ao seu passado infantil (esquecido e reprimido). Quando imerso nesses fenômenos de transferência, o analista, no plano da experiência afetiva do neurótico, surge *como se* ele fosse a figura parental (paterna, materna, fraterna, etc.) que fez parte de seu passado. Nesse sentido, o que se torna atual e real no tecido vivo da transferência são as antigas *relações de objeto* que se deram (no plano da realidade psíquica do paciente) entre a criança e suas figuras parentais. Cabe

² De acordo com Laplanche e Pontalis (1995) este seria o sentido que a expressão “neurose de transferência” adquire, em Freud, na teoria do tratamento psicanalítico: “neurose artificial em que tendem a organizar-se as manifestações de transferência. Constitui-se em torno da relação com o analista; é uma nova edição da neurose clínica [“neurose ordinária”]. Sua elucidação leva à descoberta da neurose infantil” (p. 309).

³ Laplanche e Pontalis (1995) comentam que há, em Freud, uma estreita articulação entre transferência e sexualidade. Segundo eles, a transferência consiste no “processo pelo qual os *desejos* inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica” (p. 514, os *itálicos* são nossos).

notar que essas relações de objeto são pensadas por Freud, essencialmente, em termos da trama peculiar que caracteriza o complexo de Édipo.

Participa do quadro teórico freudiano acerca da transferência, igualmente, a ênfase dada pelo autor aos laços existentes entre a transferência e a resistência. Por um lado, a transferência é entendida por Freud (2010a [1912]), de modo geral, como um fenômeno de repetição que se opõe ao recordar e, nesse sentido, como uma *resistência à reprodução do reprimido enquanto recordação*. Por outro lado, ele observa que o fenômeno transferencial se manifesta, clinicamente, de diferentes formas, cada uma das quais guarda uma relação específica com a análise enquanto *resistência ao tratamento*.

Freud (2010a [1912]) destaca ainda que as transferências positivas eróticas (relativas a afetos eróticos) e as transferências negativas (relativas a afetos hostis) surgiam na análise como “*a mais forte resistência ao tratamento*” (Op. cit. , p. 137os itálicos são do autor) ou, então, como “a mais poderosa arma da resistência” (Op. cit., p. 141). As transferências positivas de sentimentos ternos e amistosos, por sua vez, *não* operariam a serviço da resistência, revelando-se como aliadas da análise.

Tendo em vista os aspectos acima elencados, vejamos, agora, o que podemos encontrar sobre o tema ao cruzarmos as fronteiras para além da obra freudiana.

A concepção psicanalítica sobre a transferência conheceu, ao longo da história da psicanálise, um processo contínuo de elaboração, por certo, altamente complexo. Naturalmente, os limites desta pesquisa não tornam viável ou necessária a tarefa de retomá-lo⁴. Seja como for, a concepção freudiana (clássica) de transferência sofreu variadas modificações, em extensão e sentido, conforme os autores e escolas psicanalíticas que se ocuparam do tema.

Laplanche e Pontalis (1995) afirmam que tal processo histórico resultou na seguinte situação:

⁴ O leitor interessado pode obter diferentes versões desta história consultando, por exemplo, os trabalhos de Lagache (1990) e de Minerbo (2012).

Existe especial dificuldade em propor *uma* definição de transferência porque a noção assumiu, para numerosos autores, uma extensão muito grande, que chega ao ponto de designar o conjunto dos fenômenos que constituem a relação do paciente com o psicanalista e que, nesta medida, *veicula muito mais do que qualquer outra noção, o conjunto das concepções de cada analista sobre o tratamento, o seu objetivo, a sua dinâmica, a sua tática, os seus objetivos, etc.* E, assim, estão implicados nela toda uma série de problemas que são objeto de debates clássicos (Laplanche & Pontalis, 1995, p. 515, os itálicos são nossos).

De acordo com os autores, portanto, o campo psicanalítico contemporâneo estaria povoado de concepções divergentes de transferência, cada uma das quais a veicular, *muito mais do que qualquer outra noção*, formas específicas de entender a natureza da clínica psicanalítica e, acrescentaríamos, *modos singulares de pensar o próprio processo de constituição do psiquismo humano e suas mazelas.*

Tendo ao fundo todas essas considerações, deslizaremos, agora, em direção à obra de Winnicott⁵. Uma vez posicionados diante desta, duas indagações iniciais emergem: (1) *Haveria uma contribuição winnicottiana à reflexão psicanalítica sobre o tema da transferência?* (2) *Se tal contribuição existe, qual seria ela?* Winnicott não nos legou qualquer tratado versando, especificamente, sobre o tema da transferência⁶. E no que se refere aos seus artigos, apenas um deles traz a palavra “transferência”, de modo explícito, em seu título: “Variedades clínicas da transferência” (1956a [1955]). Ao mesmo tempo, é seguro afirmar que o autor fez uso do termo com uma frequência

⁵ A obra de Winnicott será citada, ao longo desta pesquisa, a partir da “Lista completa das publicações de D. W. Winnicott”, elaborada por Hjulmand (Fulgencio, 2007), lista que, de acordo com Abram (2008), será adotada na edição inglesa das Obras Completas do autor. Consta, nesta lista, o ano em que o trabalho de Winnicott foi publicado pela primeira vez e, quando o ano de redação do texto não coincide com o ano da primeira publicação, ele é indicado entre colchetes. Sempre que necessário, uma ou mais letras são acrescentadas ao ano de publicação, visando especificar a ordem em que o trabalho veio a público, naquele ano.

⁶ Cabe notar que a obra do autor é composta, na sua maior parte, por coletâneas de artigos e conferências. Do ponto de vista da forma de escrita e de comunicação em psicanálise, além de três livros consagrados à apresentação de material clínico (Winnicott, 1971b, 1977b, 1986a), a única exceção é o livro “Natureza Humana” (1988), obra póstuma e inacabada que, talvez, seja o que de mais próximo a um “tratado” Winnicott produziu. Entretanto, diversas pesquisas (Abram, 1996, 2008; Dias, 2003, 2011b; Fulgencio, 2008, 2010, 2011b, 2011c, no prelo-a, no prelo-b; Greenberg & Mitchell, 1983; Loparic, 2001, 2011; Mello Filho, 2001; Naffah Neto, 2005, 2007a, 2012a; Phillips, 2007[1988]; Safra, 2008; Vaisberg, 2004, 2006a, 2006b, 2012) têm sugerido que, ao lado desta relativa fragmentação e dispersão no plano da escrita, existe na obra winnicottiana, no plano teórico, um pensamento dotado de unidade e coerência interna.

considerável em seus escritos, como observamos em uma consulta rápida ao índice remissivo de seus livros⁷. Entretanto, em que pese a frequência com que tal palavra surgiu na obra do autor, é preciso recordar que ele deu mostras de uma relação muito peculiar e idiossincrática com o vocabulário clássico da psicanálise (Greenberg & Mitchell, 1983), de modo que os leitores de seus textos não estão dispensados da tarefa, por vezes um tanto difícil, de discernir o sentido que ele atribui a termos consagrados na literatura, como é o caso de “transferência”.

Ao mesmo tempo, a proposta de investigar a questão da transferência na obra winnicottiana nos impõe a necessidade de levar em conta, ao menos, seis aspectos marcantes, *ligados de modo indissociável à concepção de Winnicott sobre a transferência*.

O primeiro deles: o autor era profundamente interessado no desenvolvimento emocional dos seres humanos e, de maneira sistemática e incansável, pesquisou o assunto por cerca de quarenta anos. A teoria por ele construída sobre o processo de maturação pessoal, de fato, veio a ocupar um lugar decisivo e central em sua obra, estando subjacente, como fundamento, às suas formulações sobre psicopatologias, clínica psicanalítica e experiência cultural⁸.

Segundo aspecto: Winnicott (1965vc [1962]) distingue no processo de desenvolvimento emocional do indivíduo dois momentos fundamentais: o desenvolvimento em termos de “vida instintiva” (ou “id”) e “relações de objeto”; o desenvolvimento da “estrutura da personalidade” (ou “ego”), isto é, “em termos do que existe para experimentar os impulsos instintivos e as relações de objeto, que têm os impulsos instintivos como base” (Op; cit., p. 68). Ao se referir ao desenvolvimento em termos de “vida instintiva” e “relações de objeto”, o autor tem em mente um indivíduo que já é uma “pessoa inteira” (*whole person*)⁹ e está às voltas com a administração dos seus impulsos instintivos e ansiedades, no contexto dos relacionamentos interpessoais (“relacionamentos

⁷ Por exemplo: o termo “transferência” comparece nos índices remissivos dos livros “Da pediatria à psicanálise: artigos escolhidos” (1958a-b), “O ambiente facilitador e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional” (1965b-a) e “Explorações Psicanalíticas / D. W. Winnicott” (1989a), respectivamente, em 28, 21 e 20 diferentes itens.

⁸ Cf. Dias (2003), trabalho em que é apresentada uma tentativa de reconstrução da teoria do amadurecimento pessoal humano, enfatizando o seu caráter central no âmbito da obra do pediatra e psicanalista inglês.

⁹ O conceito winnicottiano de “pessoa inteira” (*whole person*) será examinado mais adiante.

a três corpos”) (1958g [1957]) que caracterizam o estágio do complexo de Édipo (1988, parte II; 1989vi [1961]). O desenvolvimento da “estrutura da personalidade” (ou “ego”), por sua vez, abarca tudo aquilo que caracteriza o processo de desenvolvimento emocional *antes* de o indivíduo realizar a travessia, suficientemente bem sucedida, do estágio do *concern* (1955c [1954], 1964e [1963]; 1988, partes III e IV). Isto é, Winnicott tem em mente um indivíduo que ainda *não* é capaz de lidar, no contexto de “relacionamentos a dois corpos” (1958g [1957]), com as ansiedades (sentimento de culpa e ansiedade hipocondríaca) ligadas às consequências imaginativas da agressividade e destrutividade inerentes ao impulso amoroso.

Terceiro aspecto: o autor (1984i [1961]) entende que os distúrbios psíquicos representam um bloqueio (parada) no desenvolvimento emocional do indivíduo, estando a natureza de cada psicopatologia ligada às tarefas que caracterizam o estágio no qual o bloqueio teve lugar. Para Winnicott, portanto, as psicopatologias implicam em diferentes tipos de “imaturidade” em termos de amadurecimento emocional, e podem ser descritas, em linhas gerais, como “organizações defensivas” (Winnicott, 1986k [1961]) contra ansiedades de variadas espécies.

Quarto aspecto: a psicoterapia, propõe o autor, almeja desfazer o obstáculo no desenvolvimento emocional do paciente, de modo a permitir a este retomar o processo de maturação pessoal. Winnicott introduz no horizonte do processo analítico a sua complexa concepção de “saúde psíquica” (1971f [1967], 1984e [1969]; 1988, parte I) que, por um lado, é pensada como maturidade emocional apropriada à idade cronológica do indivíduo e, por outro, concebida em termos de conquistas (*achievements*) do amadurecimento, tais como: capacidade de experimentar a vida como algo que vale a pena, riqueza relativa à realidade psíquica pessoal, flexibilidade em termos da organização das defesas (ligada à experiência de liberdade pessoal), capacidade para se sentir vivo e real, capacidade de se relacionar sem perda excessiva da espontaneidade e autenticidade pessoais, senso de humor, dentre outras aquisições.

Quinto aspecto: de acordo com o autor, o psicanalista deve procurar se adaptar, ativa e sensivelmente, à radical singularidade que todo caso traz consigo. Em outras palavras, o desafio do analista é ser e continuar a ser

capaz de *cuidar* de seu paciente (Winnicott, 1986f [1970]). À luz dessa perspectiva, o trabalho interpretativo clássico, por exemplo, ressurgue como um tipo específico de cuidado, eventualmente, necessitado pelo paciente. O analista winnicottiano não busca destruir a doença e as suas manifestações, algo mais afim à “cura” que caracterizaria o tratamento “com um desfecho bem sucedido”. Em contraste, Winnicott sugere ao analista orientar o seu trabalho clínico pela concepção de cura *enquanto cuidado*.

Importante destacar o arrojo inerente a tal concepção, já que, no plano da técnica psicanalítica, ela resulta na proposta de que a “análise padrão” (*standard analysis*) (ou “análise comum”) (*ordinary analysis*) (Winnicott, 1956a [1955]) deve ser encarada, tão somente, como *uma* das variedades de “psicoterapia” (Winnicott, 1984i [1961]) que o psicanalista pode ofertar ao seu paciente. Isto é: nem sempre o analista pode e deve conduzir uma análise (padrão), pois, em determinadas circunstâncias, a análise pode não ser o tratamento mais apropriado e, em decorrência, pode vir a prejudicar o paciente. Conforme o caso, visando se adaptar às *necessidades (needs)*¹⁰ da pessoa, Winnicott pensa que o *setting* psicanalítico da análise padrão deve ser “modificado” por meio de intervenções de “manejo” (*management*)¹¹. Nestas situações especiais, a análise padrão dá lugar à “análise modificada” (*modified analysis*) (1965d [1962]).

Sexto aspecto: “Quase todos os aspectos dos relacionamentos entre pessoas inteiras”, escreveu Winnicott (1988), “foram abordados pelo próprio Freud, e de fato é muito difícil atualmente contribuir [em relação a este tema],

¹⁰ No capítulo 1 faremos alguns comentários a propósito da ideia winnicottiana de “necessidades” (*needs*) relativas ao “ego” e ao “id”.

¹¹ Winnicott utiliza a palavra *management* - que, neste estudo, vamos traduzir por “manejo” -, dentre outros sentidos, para se referir a um tipo específico de intervenção psicanalítica, diferente da interpretação. De acordo com Khan (1958a), o manejo consiste, no interior da obra de Winnicott, na “provisão daquela adaptação ambiental, na situação clínica e fora dela, que o paciente não teve em seu processo de desenvolvimento, e sem a qual tudo o que ele pode fazer é existir através da exploração reativa de mecanismos de defesa, bem como de seu potencial do id” (Op. cit., pp. xxvi-xxvii). Portanto, à luz desta leitura que Khan realiza do trabalho de Winnicott, é através do manejo que o *setting* psicanalítico pode ser estabelecido e mantido ao longo do tempo, bem como modificado, por parte do analista, visando adaptar o *setting* da análise padrão às necessidades (*needs*) de seu paciente singular. Além disto, ainda com base no comentário de Khan, é possível dizer que o manejo abarca, igualmente, tudo aquilo “que pode ser provido apenas pelo ambiente familiar e social; aqui a gama (*range*) vai da hospitalização ao cuidado pela família e amigos” (Op. cit., p. xxvi). Por fim, no que se refere ao *setting*, Winnicott (1956a [1955]) o define como a “soma de todos os detalhes do manejo” (p. 297). Para um exame mais detalhado da questão do manejo na obra do autor, cf. Cesarino (2013).

exceto, por uma exposição nova do que já é aceito” (p. 36). Avaliando nesses termos o legado do criador da psicanálise, Winnicott consagrou uma parte bastante significativa de sua obra à investigação de um problema espinhoso e fascinante: o processo de desenvolvimento emocional que antecede e possibilita o surgimento da “pessoa inteira”¹². Estudiosos da obra do autor parecem estar de acordo no que se refere a esse ponto¹³.

¹² O sentido que Winnicott atribui à expressão “pessoa inteira” (*whole person*) pode ser explicitado, por exemplo, com base na leitura de dois artigos redigidos no ano de 1954 e publicados no ano seguinte. Em “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no *setting* psicanalítico” (1955d [1954]), o autor não afirma que os pacientes que estariam às voltas em suas análises, principalmente, com as tarefas e conquistas relativas ao estágio do *concern* (ou “posição depressiva”, conforme a denominação kleiniana), seriam capazes de operar como “pessoas inteiras” (*whole persons*). No caso destes pacientes, pensa Winnicott, a “inteireza” (*wholeness*) da personalidade ainda não estaria estabelecida de modo consistente e estável. Apenas os pacientes que, em suas análises, estariam às voltas, sobretudo, com os aspectos que caracterizam o estágio do complexo de Édipo poderiam ser descritos, a rigor, como “pacientes que operam como pessoas inteiras e cujas dificuldades estão no reino dos relacionamentos interpessoais” (1955d [1954], p. 279). De modo semelhante, em “A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal” (1955c [1954]), escreve o autor: “Para alcançar a posição depressiva [estágio do *concern*] um bebê precisa ter se estabelecido como uma pessoa inteira (*whole person*), e estar relacionado com pessoas inteiras (*whole persons*) como uma pessoa inteira (*whole person*)” (p. 264). Portanto, Winnicott parece considerar como “pessoa inteira” o indivíduo que já alcançou, em termos do seu processo de maturação pessoal, a integração em um Eu unitário (status de unidade espaço-temporal, conquista peculiar ao estágio do “EU SOU”) (1984h [1968]), bem como que já realizou, de modo significativo, todas as conquistas relacionadas ao estágio do *concern* (isto é, as capacidades para: ambivalência, sentir culpa e ansiedade hipocondríaca, fazer reparações, se compadecer em relação à outra pessoa, etc.). Além disso, propõe o autor, o indivíduo que opera em termos de “pessoa inteira” está às voltas com a administração de sua vida instintiva e das ansiedades a ela relacionadas, no contexto das relações interpessoais (“relacionamentos a três corpos”) (1958g [1957]) que caracterizam o complexo de Édipo. Para um exame mais detalhado da questão, cf. (Cf. Fulgencio, no prelo-a)

¹³ Para Greenberg e Mitchell (1983), Winnicott esteve às voltas, ao longo de toda a sua obra, com algo que, segundo eles, pode ser descrito como “a emergência da pessoa”. “As contribuições mais importantes de Winnicott à psicanálise começam com a sua observação de que a teoria clássica e o tratamento psicanalítico da neurose tomam como certo algo muito básico: que o paciente é uma pessoa [inteira]. Com isto ele quer dizer que é suposto que o paciente tem uma personalidade unificada e estável, disponível para interações com outros. Winnicott sugere que Freud pressupôs a “separação do *self* e uma estruturação do ego” (Winnicott, 1960c). Em decorrência dessa suposição, dois problemas principais foram ignorados: pacientes que não são “pessoas” quer devido à psicose manifesta ou porque apenas parecem interagir com outros; e aqueles aspectos da situação analítica que se relacionam mais diretamente com os processos de desenvolvimento iniciais, facilitando a emergência da pessoalidade [*personhood*]. Estas foram, precisamente, as áreas que Winnicott se propôs a explorar. Quase todas as suas principais contribuições dizem respeito às condições que possibilitam a consciência de si mesmo da criança como um ser separado de outras pessoas, e ele aborda este problema de diferentes ângulos, por meio de diferentes formulações e em diferentes contextos” (1960c, p. 191). De modo semelhante, Abram (2008) assinala: “Em essência, desde os seus primeiros dias como psicanalista, a pesquisa de Winnicott é dirigida ao estágio do desenvolvimento humano que precede as relações de objeto” (p. 1189). Phillips (2007), por sua vez, escreve: “Era, naturalmente, a luta de desenvolvimento do indivíduo para conquistar relacionamentos entre pessoas inteiras o que distinguia [em relação a Freud] a contribuição de Winnicott à psicanálise” (nota n.21, p. 157).

Tendo em mente os aspectos apresentados sobre a obra de Winnicott, podemos então entrar em contato direto com a maneira pela qual ele aborda teoricamente a transferência. Apesar de breve e pontual, este contato nos permitirá avançar na tarefa de definir os contornos do objeto de estudo desta pesquisa, bem como pôr em relevo outras facetas que compõem o presente estudo.

O leitor recorda que iniciamos nosso percurso apresentando a visão freudiana acerca das psiconeuroses enfatizando, em especial, a descoberta do fenômeno clínico que Freud denominou “neurose de transferência”. Pois bem: vejamos agora, muito sucintamente, como tal fenômeno foi *ressignificado* por Winnicott.

Algo que é digno de nota na maneira como Winnicott descreve o neurótico é, por certo, a insistência com que assinala os aspectos saudáveis inerentes à neurose. Tal paradoxo surpreendente, em verdade, não deixa de guardar relações com a riqueza que caracterizou a experiência clínica de Winnicott (pediatra, analista de casos de neurose, depressão, esquizofrenia - manifesta e latente -, personalidade esquizoide, falso *self* patológico, tendência antissocial e delinquência, distúrbios psicossomáticos, etc.). Sobretudo à luz da experiência colhida durante o seu trabalho pediátrico com a dupla bebê-mãe, bem como no âmbito de seu envolvimento analítico com pessoas gravemente adoecidas (casos de psicose manifesta, casos *borderline* em fases de regressão à dependência absoluta, dentre outros), o neurótico surgia diante de Winnicott como uma “pessoa inteira”. Por mais que houvesse no “fundo” da personalidade do paciente neurótico um inconsciente reprimido, com o qual não era simples se comunicar, o autor foi levado a perceber que o enfermo *não* tinha problemas relativos à estrutura básica da personalidade (aspecto saudável), mas tão somente problemas situados no plano das relações objetais propriamente ditas, relações baseadas em impulsos instintivos e associadas à ansiedade de castração¹⁴.

¹⁴ Winnicott (1955d [1954]) avaliava que as psiconeuroses, em sua época, estavam se tornando cada vez mais raras nos consultórios dos analistas. Em 1954, o autor escreve que seria “agradável” se os analistas pudessem aceitar para análise, exclusivamente, “aqueles pacientes cujas mães no início, e também nos primeiros meses, foram capazes de prover condições suficientemente boas. Mas esta época da psicanálise”, assinala, “está firmemente chegando ao fim” (Op. cit., p. 291).

É no interior desse quadro teórico mais amplo que Winnicott tece comentários sobre o fenômeno clínico “neurose de transferência”. No artigo “Variedades clínicas da transferência” (1956a [1955]), faz menção explícita a certos aspectos que caracterizam o fenômeno, assinalando, por exemplo, uma *precondição maturacional* para sua ocorrência: “certamente, precisa existir [no paciente] um ego e, de fato, um ego intacto (*intact ego*), um ego que é capaz de manter defesas contra a ansiedade que surge do instinto, a responsabilidade pelas quais é assumida” (Op. cit., p. 296). Esse “ego intacto” que *precisa existir* no paciente alude ao indivíduo que já alcançou a maturidade que é peculiar à “pessoa inteira”, amadurecimento que, como vimos anteriormente, implica na conquista de diversas capacidades psíquicas.

Na perspectiva winnicottiana, portanto, a neurose de transferência é um fenômeno clínico que traz, em si mesmo, uma *qualidade* bastante específica: o analista, no plano da experiência do paciente, é posicionado como uma pessoa inteira, no contexto da dinâmica a três corpos que caracteriza a situação edípica. É da *natureza* da transferência neurótica envolver a experiência de relacionamentos interpessoais ou, se preferirmos, relações de objeto propriamente ditas. Para o autor, no âmbito da neurose de transferência o passado vem ao presente, sendo o analista vivido pelo enfermo *como se fosse* uma figura parental (paterna, materna, etc.) de sua infância, em termos das relações estabelecidas por uma criança (que já é uma pessoa inteira) com dois adultos (vividos, igualmente, como pessoas inteiras).

Cabe notar que a neurose de transferência, fenômeno desvelado por Freud, surge aos olhos de Winnicott como um *tipo específico de transferência* ou, de acordo com o título do artigo mencionado, uma *variedade clínica da transferência*. Em virtude da relativa maturidade emocional que o pediatra e psicanalista encontra no neurótico, a neurose de transferência é um fenômeno que *não* traz consigo, ao menos de modo central ou em primeiro plano, “necessidades de ego” (*ego needs*)¹⁵ ligadas ao desenvolvimento da estrutura básica da personalidade (ego). Em contraste, trata-se de uma forma de transferência que veicula todos aqueles aspectos relativos à vida instintiva e

¹⁵ Cf. nota nº 10.

aos relacionamentos de objeto propriamente ditos, ainda não “integrados”¹⁶ na personalidade total do indivíduo, de modo mais significativo. Nesse contexto clínico, o trabalho interpretativo realizado pelo analista é um cuidado que visa facilitar ao paciente, por meio da experiência pessoal na análise, integrar os impulsos instintivos, fantasias e desejos que, anteriormente, haviam sofrido o destino da repressão.

Por outro lado, no artigo ao qual nos referimos (1956a [1955]), Winnicott também alude a outra variedade de transferência, por ele observada em circunstâncias especiais. A saber: durante o tratamento analítico dos casos *borderline*, bem como nos momentos ou fases psicóticas da análise de pacientes neuróticos ou de pessoas “normais”, “o ego do paciente não pode ser suposto como uma entidade estabelecida, e não pode haver neurose de transferência” (Op. cit., p. 296). Trata-se de uma transferência cuja qualidade remete aos estágios mais primitivos do processo de maturação, o que, no plano da experiência do paciente, implica no fato de que *não* existe qualquer distinção entre ele (“eu”) e o analista (“não-eu”). Em outras palavras, Winnicott descobre que em tais situações, em termos da transferência analítica, *não* há qualquer relação de objeto propriamente dita. Há, tão somente, a *fusão* paciente-analista. Nesse tipo de transferência, o analista é posicionado, pelo paciente, como um “objeto subjetivamente concebido”¹⁷, havendo então necessidades (*needs*) relativas ao desenvolvimento da estrutura básica da personalidade (ego), característica que decorre da imaturidade emocional do indivíduo.

Portanto, Winnicott reconhece a existência de, ao menos, duas variedades clínicas de transferência: a neurose de transferência e a transferência peculiar aos casos *borderline*, ou mesmo, aos momentos ou fases psicóticas na análise de neuróticos e de pessoas “normais”. Fenômenos que, em termos do processo de amadurecimento do indivíduo, implicam, respectivamente, em um “ego intacto” (“pessoa inteira”) e um “ego” que ainda *não* é uma “entidade estabelecida”. É relevante observar que o autor, no contexto do artigo em exame (1956a [1955]), pensa estar realizando uma

¹⁶ No capítulo 1 faremos alguns comentários sobre a concepção de Winnicott acerca do processo de “integração” (*integration*).

¹⁷ O conceito de “objeto subjetivamente concebido” será examinado no capítulo 1.

“ampliação” do conceito psicanalítico de transferência ao propor, em paralelo à ideia de neurose de transferência, a concepção sobre uma transferência de qualidade psicótica. Deparamo-nos, aqui, com a resposta a uma das indagações levantadas anteriormente: *haveria uma contribuição winnicottiana à reflexão psicanalítica sobre o tema da transferência?* De acordo com o próprio autor, sim.

Tal apontamento pode ser corroborado, também, quando nos debruçamos sobre dois outros conceitos formulados por Winnicott, conceitos que estão entre as suas contribuições mais peculiares e contundentes à teoria e à clínica psicanalíticas: a *capacidade de usar objetos* e a *capacidade para estar só*¹⁸. Isto porque nos artigos que consagrou à formulação dessas ideias (1958g [1957], 1969i [1968]), o autor faz menção *explícita* ao fato de que, no seu entender, estava realizando uma *contribuição ao tema da transferência analítica*. No ensaio sobre o uso do objeto (1969i [1968]), Winnicott assinala que deseja descrever “movimentos transferenciais” (*transference movements*) específicos. Ele aborda o processo em que o paciente, no plano da transferência analítica, move-se de um relacionamento de tipo *subjetivo* com o analista (em que não há qualquer diferenciação entre um “eu” e um “não-eu”)¹⁹, para uma relação em que o psicanalista é experimentado como um *objeto objetivamente percebido* (isto é: como um não-eu, um objeto situado no âmbito da realidade exterior e compartilhada; um objeto que, enfim, está *fora* da área de onipotência pessoal). No artigo “A capacidade para estar só” (1958g [1957]), de modo semelhante, Winnicott também alude à dimensão da transferência analítica. Ele escreve:

Em quase todos os nossos tratamentos psicanalíticos surgem épocas em que a capacidade para estar só é importante para o paciente. Clinicamente, isto pode ser representado por uma fase ou sessão silenciosa, e este silêncio, longe de ser uma evidência de resistência, se revela como uma conquista (*achievement*) por parte do paciente. Talvez, tenha sido aqui que o paciente foi capaz de estar só pela primeira vez. *É para este aspecto da transferência, em que o paciente está só na sessão analítica, que desejo chamar a atenção* (Op. cit., p. 29, os itálicos são nossos).

¹⁸ No capítulo 4, teremos a oportunidade de examinar o conceito de “capacidade para estar só”.

¹⁹ Cf. nota nº 17.

Não faltam exemplos para sublinhar a existência de uma contribuição winnicottiana à transferência analítica. Entretanto, considerando que os abordados até o momento bastam para entrever algo da riqueza e da fecundidade que a obra de Winnicott traz sobre o tema, destacamos algo que pode ser encontrado em todas as variedades clínicas da transferência mencionadas: o vínculo estreito e, mais do que isso, *indissociável*, entre a transferência analítica e o desenvolvimento emocional.

Podemos observar na obra do autor uma interdependência recíproca entre os dois aspectos. Por um lado, como assinala Dias (2011c), a prática clínica proposta por Winnicott é norteada pela teoria do amadurecimento pessoal, fundamento em que repousa a própria teoria dos distúrbios psíquicos. Ora, nesse contexto, a transferência analítica só pode ser concebida à luz da teoria do amadurecimento. Por outro lado, também é preciso reconhecer que essa teoria foi construída a partir do estudo minucioso e sistemático dos fenômenos pertencentes à transferência analítica. Um exemplo: fazendo alusão aos fenômenos de transferência por ele observados durante a análise do “caso *borderline*” ou, como ele também escreve, o “paciente psicótico *borderline*” (*borderline psychotic patient*), Winnicott (1960c) afirma ser possível reconstruir, com base no estudo desses fenômenos (juntamente com o exame daqueles relativos à contratransferência), a dinâmica da infância mais precoce, situação em que a dependência do bebê, no que tange aos cuidados ambientais, é absoluta. Escreveu o autor:

De fato, não é a partir da observação direta de bebês, tanto quanto do estudo da transferência no *setting* analítico, que é possível obter uma visão clara do que acontece na própria infância [mais precoce]. Este trabalho sobre a dependência [absoluta] infantil deriva do estudo da transferência e de fenômenos de contratransferência que fazem parte do envolvimento do psicanalista com o caso *borderline* (1960c, p. 54).

Pois bem: considerando o *objetivo* desta pesquisa, já enunciado no início desta introdução, buscamos esclarecer, a propósito de cada variedade clínica da transferência, se o fenômeno é centrado em “necessidades de ego” (*ego needs*) (necessidades relativas ao desenvolvimento da “estrutura básica da personalidade”, que abarca todas as tarefas da maturação até a conquista

do estágio do *concern*), ou, em contraste, se o fenômeno é centrado em tarefas relativas ao estágio do complexo de Édipo²⁰.

Realizamos esta investigação, basicamente, por meio do estudo de material clínico selecionado do caso Piggie (1977b), visando contribuir, igualmente, para o melhor entendimento das propostas de Winnicott que reavaliam e reposicionam, no âmbito do processo de maturação dos seres humanos, o lugar da vida instintiva e das relações de objeto propriamente ditas.

Partimos da suposição de que a utilização de material clínico, oriundo da própria prática analítica do autor, contribui para desvelar as ideias de Winnicott com maior precisão, profundidade e para restaurar às abstrações teóricas o seu enlace com a vitalidade que é própria aos acontecimentos situados no plano empírico, algo que é especialmente importante no contexto de uma pesquisa como a que estamos delineando, cujo objeto guarda profundas relações com a prática clínica em psicanálise.

Por que escolhemos o caso Piggie? Ao lado de “*Holding* e interpretação: fragmento de uma análise” (Winnicott, 1986a), “Piggie: um relato do tratamento psicanalítico de uma menina pequena” (1977b) se destaca como uma das narrativas clínicas mais extensas, ricas e complexas que Winnicott nos legou. Destas, o caso Piggie é o único relato de um tratamento completo, circunstância que favorece ao pesquisador obter uma visão global da análise²¹. Ao mesmo tempo, a combinação de aspectos psicopatológicos e saudáveis, que Winnicott encontrou em Piggie desde o princípio da análise, imprime ao material clínico uma amplitude suficiente, em termos do processo de maturação, para abarcar o desenvolvimento emocional em termos do “ego” (“estrutura básica da personalidade”), bem como o amadurecimento em termos da vida instintiva (ou “id”) e relações de objeto propriamente ditas.

Do denso e multifacetado material que compõe a narrativa clínica, selecionamos alguns trechos nos quais, explícita ou implicitamente, há referência à questão da transferência analítica, em termos de aspectos clínicos distintos da neurose de transferência e da transferência de qualidade psicótica. Ao examiná-los, teremos a oportunidade de explicitar as articulações entre a

²⁰ No capítulo 1, estudaremos a problemática do desenvolvimento em termos do “ego” e da vida instintiva (ou “id”) e relações de objeto propriamente ditas.

²¹ No capítulo 3, discorreremos mais detalhadamente sobre os aspectos gerais que caracterizam o caso Piggie.

transferência analítica e o desenvolvimento do ego (estrutura básica da personalidade), bem como os nexos pensados por Winnicott entre a transferência analítica e a maturação em termos da vida instintiva (ou id) e relações de objeto propriamente ditas.

Ainda a propósito dos critérios para seleção do material clínico, cabe assinalar que vamos privilegiar um período específico do tratamento de Piggie, aquele que poderia ser denominado como a “primeira etapa” da análise. De acordo com Winnicott (1977b), este foi o período do tratamento ao longo do qual, pouco a pouco, a “doença de Gabrielle se tornou um traço dominante e claramente organizada como um padrão de doença, após as duas primeiras sessões” (1977b, p. 3). De acordo com a nossa leitura do caso, tal etapa da análise culminou no momento imediatamente anterior à quarta consulta, contexto em que Winnicott escreve à margem do texto: “doença agora organizada” (Op. cit., p. 50). Essa ênfase na primeira etapa da análise permitirá trazer à luz, de modo mais detalhado, o fato de que Winnicott, desde o início do tratamento, distinguiu diferentes aspectos transferenciais, facetas não redutíveis às suas concepções acerca das transferências de qualidade neurótica e psicótica. Uma exceção: em decorrência de seu caráter inovador, no âmbito geral das concepções psicanalíticas acerca da transferência, nos debruçaremos sobre um pequeno trecho da 12ª consulta, passagem em que Winnicott faz referência explícita à capacidade de Piggie estar só em presença de seu analista.

Por outro lado, nossa leitura do caso Piggie, bem como o estudo acerca da concepção winnicottiana sobre o desenvolvimento emocional em termos do “ego” e da vida instintiva e relações de objeto propriamente ditas levaram em conta a totalidade da obra do autor. Utilizamos, para tanto, o método hermenêutico de interpretação e leitura (cf. Gadamer, 2008), o qual exige que o pesquisador interprete cada parte da obra considerando a totalidade das propostas do autor e que, necessariamente, tome o todo como sendo iluminado por suas partes. No caso específico de nossa investigação, estudamos o caso “Piggie” à luz da totalidade da obra de Winnicott, o que, por outro lado, nos possibilitou vislumbrar a obra do autor desde a perspectiva do mencionado caso clínico. Essa visão de conjunto acerca das teorias e conceitos contidos na

obra do autor foi buscada, também, através do *diálogo crítico* com alguns dos comentadores de Winnicott (cf. Referências Bibliográficas).

No contexto da literatura sobre a obra de Winnicott, verificamos que, até o presente momento, raros foram os trabalhos consagrados, *especificamente*, à tarefa de explicitar as contribuições do autor ao tema da transferência analítica²². Segundo o nosso levantamento, é mais frequente encontrar trabalhos nos quais a contribuição winnicottiana ao estudo da transferência é examinada a propósito da questão da “regressão à dependência”, sobretudo, na análise de pacientes que apresentam um falso *self* cindido patológico²³. Ora, essa relativa escassez de pesquisas pode ser avaliada, em termos da tarefa de esclarecer a natureza das propostas clínicas do psicanalista inglês, como um *problema significativo*, em virtude da importância *fundamental* atribuída ao fenômeno da transferência, desde Freud, no horizonte do método de tratamento psicanalítico. Deste modo, vê-se que o presente estudo se propõe a lançar luz sobre um problema que, até agora, foi muito pouco explorado na literatura especializada, o que justifica a sua realização.

Além disso, a presente pesquisa visa contribuir para a elucidação de uma problemática importante que, até o momento, foi insuficientemente discutida: as propostas de Winnicott que reavaliam e reposicionam, no âmbito do processo de maturação dos seres humanos, o lugar da vida instintiva e das relações de objeto propriamente ditas²⁴.

Do ponto de vista da sua estrutura, esta pesquisa se desdobra ao longo de quatro capítulos que, a seguir, apresentamos em linhas gerais.

No capítulo 1, nos debruçamos sobre a maneira pela qual Winnicott reavalia e reposiciona o lugar da vida instintiva (ou “id”) e das relações de objeto propriamente ditas, no âmbito do processo de maturação dos seres humanos. Mais precisamente, nosso estudo privilegiou o momento do amadurecimento em que tal concepção winnicottiana, mais do que em qualquer outro estágio, surge com toda a clareza. A saber: o “estágio da dependência

²² Cf. Anfusso & Indart (2009), Fontes (2011), Fulgencio (2012), Januário & Tafuri (2010), Kupermann (2008), Naffah Neto (2010).

²³ Cf., por exemplo: Dethiville (2013), Dias(2011a), Fulgencio (2011a), Gaddini (1995), Hisada (2002), Mello Filho (2001), Naffah Neto (2007b), Safra (2008), Vilete (2013).

²⁴ Dentre os poucos trabalhos que abordam tal problemática, de modo detalhado e rigoroso, encontram-se: Dias (2003), Fulgencio (no prelo-a, no prelo-b), Greenberg & Mitchell(1983), Lejarraga (2012), Loparic (2005), Naffah Neto(2012b), Phillips (2007 [1988]), Safra (2008).

absoluta”, a primeira etapa que compõe o processo de maturação do “ego” (“estrutura básica da personalidade”) que, conforme sublinhamos, se estende (na saúde) até a conquista do estágio do *concern*. No âmbito deste estágio precoce, apresentamos os processos que, de acordo com o psicanalista inglês, compõem a maturação egóica, bem como procuramos assinalar diversas articulações teóricas relativas ao conceito de “ego”, visando explicitar melhor esta noção. Por fim, ressaltamos as profundas implicações para a psicopatologia e para a clínica psicanalíticas que, de fato, esta ideia winnicottiana de ego precoce traz consigo. Pensamos que a reavaliação e reposicionamento realizados por Winnicott, no que se refere ao lugar da vida instintiva e das relações de objeto no processo de maturação, são *cruciais* no contexto da presente pesquisa, já que nos permitiu visualizar melhor o que distingue, entre si, as variedades clínicas da transferência analítica, bem como nos ajudou a contextualizar a contribuição do psicanalista inglês em relação ao conceito freudiano (clássico) de “neurose de transferência”.

No capítulo 2, o leitor encontra a apresentação panorâmica de alguns aspectos que compõem as concepções de Freud e Winnicott acerca do fenômeno clínico denominado, por ambos, “neurose de transferência”, o que permite observar, ainda que muito brevemente, o modo com que o psicanalista inglês *reinterpreta* o modelo teórico freudiano acerca da transferência de qualidade neurótica. Este será o nosso ponto de partida: constatar como Winnicott relê, à luz de suas descobertas acerca do processo de maturação, bem como com base em seus achados relativos à psicopatologia, a transferência analítica “clássica”. A seguir, abordamos as formulações winnicottianas acerca da “regressão à dependência”, enquanto fenômeno de transferência.

No capítulo 3, realizamos alguns comentários pontuais sobre o “caso Piggie”, visando fornecer ao leitor uma espécie de pano de fundo que sirva para contextualizar as reflexões posteriores.

No capítulo 4, apresentamos o material clínico extraído do caso Piggie. Nosso propósito, basicamente, é o de mostrar que a transferência analítica, no contexto da prática clínica de Winnicott, não se resumiu à diferenciação, proposta pelo autor, entre a neurose de transferência e a transferência de qualidade psicótica, abarcando outras formas transferenciais que podem ser

visualizadas à luz da teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional (em termos do “ego” e da vida instintiva e relações de objeto propriamente ditas).

Por fim, nas Considerações finais, abordamos os principais resultados obtidos ao longo desta pesquisa.

CAPÍTULO 1

Winnicott e o lugar da vida instintiva e das relações de objeto propriamente ditas no processo de desenvolvimento emocional: apontamentos sobre os primórdios do “ego”

Como já assinalado, na perspectiva de Winnicott (1965vc [1962]), o processo de desenvolvimento emocional humano pode ser concebido em termos de “ego” (ou “estrutura básica da personalidade”) e vida instintiva (ou “id”) e relações de objeto propriamente ditas.

Mas cabe destacar, a propósito dessa formulação, que seria equivocado supor que, no que se refere ao desenvolvimento do “ego”, Winnicott não atribui qualquer papel aos impulsos instintivos. Pelo contrário, o autor propõe (1988) que os “instintos” (*instincts*) estão presentes na vida humana *desde o primeiro momento* e podem ser concebidos como “poderosos impulsos biológicos” (*powerful biological drives*). Entretanto, sublinha que é preciso compreender a *maneira* pela qual o bebê experimenta tais impulsos instintivos.

Trata-se, pois, de um ponto decisivo: o recém-nascido, em decorrência de sua enorme imaturidade, *não* é capaz de experimentar tais impulsos instintivos como algo que faz parte de si mesmo. Winnicott (1965n [1962]) afirma que, no princípio, os instintos são “externos” ao bebê. Em uma época tão precoce, diz ele, o “id” (isto é, a vida instintiva)²⁵ não é vivido enquanto tal, por parte do indivíduo: “Não há id antes do ego” (Op. cit., p. 56). Desta forma, os instintos são pensados pelo autor no interior de um quadro teórico, a saber: a sua teoria sobre o “ego”²⁶. Não por acaso, a parte IV do livro “Natureza Humana” (1988) se intitula *Da teoria do instinto à teoria do ego*. Portanto, no

²⁵ Para um exame detalhado sobre a questão do “id” em Winnicott, cf. Fulgencio (no prelo-b).

²⁶ No que se refere às ideias winnicottianas sobre o “ego”, cf. Abram (1996), Dethiville (2013), Dias (2003), Fulgencio (Fulgencio, no prelo-a), Lejarraga (2008), Lins (2002), Loparic (2000), Macedo (1999).

início do processo de maturação, no plano de sua experiência, o bebê winnicottiano não é capaz de viver o “id” enquanto tal. Nesse sentido específico, ele ainda não tem “id”. Ou, quem sabe, melhor seria afirmar que o bebê tem id, ou não, conforme o ângulo em que está posicionado o observador (“externo” ou “interno” à experiência pessoal).

Winnicott postula (1965m [1960]) que, imerso em sua imaturidade, o bebê tem “necessidades de id” (*id needs*), isto é, ele necessita de cuidados ambientais que lhe facilitem a gradual apropriação (integração) dos impulsos instintivos, de modo a que estes possam ser abarcados em uma experiência pessoal e real. No fundo, no âmbito do contexto da maturação, as “necessidades de id” podem ser compreendidas como um aspecto das “necessidades de ego” (*ego needs*).

Por outro lado, há nessa teoria sobre o desenvolvimento do ego outra proposição decisiva, que possui estreita articulação com a anterior. O recém-nascido winnicottiano, em virtude de toda a sua imaturidade, ainda *não* é capaz de estabelecer relações de objeto propriamente ditas (isto é: relações que, no plano da experiência do indivíduo, ocorrem entre “pessoas inteiras” - *whole persons* -, no contexto da dinâmica triangular, a três corpos, que caracteriza a situação edípica). Na verdade, no âmbito precoce do amadurecimento, o indivíduo sequer é capaz de estabelecer relações que, no plano de sua experiência, acontecem entre um “eu” (*me*) e um “não-eu” (*not-me*). Como veremos mais adiante, no estágio em que a dependência é máxima, só é dado ao indivíduo estabelecer relações com “objetos subjetivos” (*subjective objects*) (durante os “estados excitados”), ou então estabelecer uma “relação-de-ego” (*ego-relatedness*) (durante os “estados tranquilos”) com a mãe-ambiente²⁷. Em ambos os casos, Winnicott assinala que o indivíduo ainda não tem qualquer experiência em que compareça a oposição “eu” / “não-eu”.

As pesquisas de Winnicott (1965vc [1962]) conduziram-no à ideia de que o desenvolvimento do ego, a rigor, consiste em um processo altamente complexo que abarca, em si mesmo, variados estágios do processo de maturação. Segundo o autor, grosso modo o desenvolvimento da “estrutura da

²⁷ Neste capítulo, abordaremos os conceitos de relacionamento com o “objeto subjetivo” e “relação-de-ego”. No capítulo 4, o leitor encontrará um exame mais detalhado sobre a noção winnicottiana de “relação-de-ego”.

personalidade” tem início no estágio da dependência absoluta e, quando tudo corre “suficientemente bem”, estende-se até a conquista do estágio do *concern*, situação que permite ao indivíduo que dispõe de um “ego intacto” (*intact ego*) (1956a [1955]) *começar* a experimentar a situação edípica.

Visando então destacar a proposta de Winnicott acerca do lugar dos instintos e das relações de objeto propriamente ditas, no âmbito da maturação, nossa ênfase recairá sobre a apresentação do estágio em que tal proposta surge, mais do que em qualquer outro lugar, com clareza cristalina: o estágio da dependência absoluta.

Examinamos aqui como Winnicott, a propósito do primeiro estágio que compõe o processo de desenvolvimento do ego, posiciona o papel dos impulsos instintivos e das relações objetais. Estamos diante de uma concepção bastante peculiar, trazendo consigo, de fato, profundas implicações para os campos da psicopatologia e da clínica psicanalíticas. Pensamos que tal aspecto das propostas winnicottianas é *crucial* no contexto da presente pesquisa, já que nos permite visualizar melhor o que distingue, entre si, as variedades clínicas da transferência analítica, bem como nos ajuda a contextualizar a contribuição do pediatra e psicanalista em relação ao conceito freudiano (clássico) de “neurose de transferência”²⁸.

Guiados por esses objetivos, nossa análise privilegia um artigo que Winnicott consagrou à formulação de suas ideias sobre a gênese do ego. Trata-se do ensaio intitulado “A integração do ego no desenvolvimento da criança” (1965n [1962]) que, de acordo com alguns estudiosos da obra do autor (Abram, 1996; Dias, 2003), consiste no trabalho em que se pode encontrar a definição mais precisa de “ego” que Winnicott nos legou. Em alguns pontos, visando enriquecer e detalhar a nossa leitura do referido artigo, servimo-nos de outros trabalhos do autor, bem como de contribuições de comentadores de sua obra.

1.1 O termo “ego” em Winnicott

Winnicott utilizou o termo “ego” (*ego*) com uma frequência bastante significativa ao longo de sua obra. Por exemplo, no título de artigos: “A

²⁸ No capítulo 2, apresentamos alguns aspectos relativos às concepções freudianas e winnicottianas acerca da neurose de transferência.

integração do ego no desenvolvimento da criança” (1965n [1962]) e “Distorção do ego em termos de verdadeiro e falso *self*” (1965m [1960]). Ou mesmo em subtítulos de artigos, como ocorre em “Distúrbio psiquiátrico em termos de processos de maturação infantil” (Winnicott, 1965vd [1963]): *O estado do ego do paciente; O ego na infância*. Por fim, cabe mencionar o título da “Parte IV” do livro “Natureza Humana” (Winnicott, 1988): *Da teoria do instinto a teoria do ego*.

O termo “ego” comparece ainda em numerosas expressões criadas pelo autor: “função do ego” (*ego-function*), “experiência do ego” (*ego-experience*), “ego corporal” (*body-ego*), “necessidades do ego” (*ego-needs*), “integração do ego” (*ego integration*), “estrutura do ego” (*ego structure*), “organização do ego” (*ego-organization*), “distorção do ego” (*ego distortion*), “núcleos de ego” (*ego-nuclei*), “apoio egóico” (*ego-support*), “cobertura egóica” (*ego-coverage*), “relação de ego” (*ego-relatedness*), “desenvolvimento do ego” (*ego-development*), “força do ego” (*ego-strength*), “orgasmo do ego” (*ego orgasm*), “vida do ego” (*ego life*), “ego intacto” (*intact ego*), “ego observador” (*observing ego*), “experiência de id ego-sintônica” (*ego-syntonic id experience*), entre outras.

Vejam, agora, que sentidos o autor atribuiu ao termo “ego” no contexto de sua concepção sobre o estágio da dependência absoluta.

1.2 O desenvolvimento do ego: integração, personalização e início das relações objetivas

Winnicott (1960c) propõe que o início do processo de maturação consiste, essencialmente, em “*um período de desenvolvimento do ego*” (p. 40). Em outras palavras, o desenvolvimento emocional, no âmbito do estágio em que a dependência em relação ao ambiente é máxima, é, por assim dizer, um desenvolvimento de tipo “egóico”, o que implica, naturalmente, na proposta de que existe um ego no estágio mais precoce do desenvolvimento.

Visando enfatizar esse caráter originário do ego, Winnicott (1965n [1962]) escreve que “*o início [do processo de maturação] está no momento em que o ego inicia*” (p. 56). O estudo minucioso do desenvolvimento desse ego precoce leva o autor a pensar que tal processo, na verdade, poderia ser subdividido em três processos simultâneos e interdependentes. São eles:

integração (no tempo e no espaço), *início das relações objetais e personalização*. Vejamos no que consiste cada um desses aspectos da maturação do ego.

O autor sugere que podemos observar no bebê, ao longo do tempo, a alternância sucessiva de dois estados: “estados excitados” e “estados tranquilos”. Quando imerso nos estados tranquilos, repousando ou dormindo, o bebê vive uma situação em que está relaxado e não integrado, no âmbito de um relacionamento tranquilo com a mãe, no qual ela é vivida como um meio ambiente. Algo diverso ocorre quando o bebê é tomado, em meio a um estado tranquilo, pela turbulência das excitações que provêm dos impulsos instintivos e da motilidade. Em meio a um estado excitado, o bebê agora estabelece com a mãe um relacionamento de outra natureza, isto é, relaciona-se excitadamente com a mãe-objeto²⁹.

Cabe notar que o bebê, de acordo com Winnicott, em virtude de toda a sua imaturidade, é levado a viver a alternância entre os referidos estados de modo não contínuo. No plano da experiência do bebê, o “estar excitado” não se articula ao “estar tranquilo”, e ele só pode superar isso com o auxílio do cuidado materno. Devido à continuidade deste cuidado, o indivíduo pode viver estes contrastantes estados como um fluxo contínuo de experiência. O *holding*³⁰ materno, enfatiza o autor, ajuda o bebê a alcançar a experiência de “ser” e “continuar-a-ser” (*going-on-being*) ao longo do tempo. É nisso que consiste o processo de *integração* (no tempo).

Olhando para o bebê dessa outra perspectiva, Winnicott procura entender a maneira pela qual, e sob quais condições, tem lugar o princípio do contato humano com a realidade externa. O modelo teórico construído pelo autor busca descrever as experiências do bebê durante a sua “primeira mamada”. Tendo em vista que a vida do bebê acontece como uma sucessiva oscilação de estados tranquilos e excitados, podemos então imaginá-lo na transição entre os dois estados. Após desfrutar de um período tranquilo, durante o qual esteve relaxado e não integrado, cresce agora uma onda de

²⁹ Mais adiante, abordamos, com maior riqueza de detalhes, o tema dos diferentes relacionamentos que o bebê estabelece com a sua mãe.

³⁰ A palavra inglesa *holding* pode ser vertida, em língua portuguesa, por “segurar” e “sustentar”. Neste trabalho, optamos por utilizar tanto a palavra inglesa *holding* como, igualmente, os termos “segurar” e “sustentar”.

tensão instintiva; e à medida que a tensão aumenta, emerge “uma expectativa, um estado de coisas no qual o bebê está preparado para encontrar alguma coisa em algum lugar” (Winnicott, 1988, p. 100). Em tal circunstância, a mãe é capaz de realizar, de modo intuitivo, o que o autor denomina “apresentação de objeto” (*object-presenting*): ela apresenta o seio ao bebê de um modo apropriado e no momento em que ele está pronto para “criá-lo”. Disso resulta que, no plano de sua experiência, o bebê “tem a ilusão de ter um poder criativo mágico” (Winnicott, 1988, p. 106), a ilusão de ter sido o criador do seio. No interior dessa ilusão, “a onipotência é um fato” (Idem).

Ao mesmo tempo, é preciso entender que o seio criado pelo bebê (“objeto subjetivamente concebido”) é experimentado por ele como um aspecto de si mesmo. Isso ocorre porque, em decorrência de sua imaturidade, o indivíduo ainda não é capaz de separar um “não-eu” de um “eu”. A relação com o objeto subjetivo acontece, portanto, no interior da fusão indivíduo-objeto. Em termos corporais, trata-se de uma “relação a um corpo” (*one-body relationship*) (1958g [1957]). Entretanto, Winnicott considera “axiomático” que “não há relação com um objeto subjetivo” (1989n [1970], p. 287), possivelmente, querendo assinalar que falta a tal objeto uma característica decisiva: apresentar-se, diante do sujeito, como uma alteridade. Temos aqui um paradoxo. Seja como for, na experiência de ilusão de onipotência, não apenas o objeto ganha uma primeira consistência de realidade, mas o próprio indivíduo.

Além da integração e do início das relações objetais, Winnicott propõe que a maturação do ego abarca o gradual “inter-relacionamento entre a criança que cresce e o seu corpo” (1971d [1970], p. 261). Trata-se de um processo ao qual o autor se referiu de diferentes maneiras em seus escritos - ora como “personalização” (*personalisation*), ora como “alojamento” (*in-dwelling*) ou “habitação” (*inhabitation*) da psique no corpo. Ao descrevê-lo, Winnicott sublinha, por um lado, o fato de que boa parte do cuidado cotidiano ofertado pela mãe ao seu bebê envolve o contato corporal entre eles: a mãe realiza o “manuseio” (*handling*)³¹ do corpo do bebê, ao tocá-lo de modo afetivo e vivo, a

³¹ A palavra inglesa *handling* pode ser traduzida, em língua portuguesa, dentre outras possibilidades, por “manipulação”, “manejo” ou “manuseio”. Apesar de a palavra “manipulação” aludir, em um de seus significados, ao “ato de tocar, segurar ou transportar com as mãos”

partir de sua singularidade pessoal e atitude de devoção (1987e [1966]). Por outro lado, Winnicott (1988) assinala que o bebê participa ativamente do processo de personalização, já que cabe a ele realizar um trabalho decisivo, a saber: a “elaboração imaginativa do funcionamento do corpo” (*imaginative elaboration of body functioning*). Dispondo de um cérebro normal, desde os primórdios de sua maturação, o bebê elabora “ideias” (*ideas*) (Winnicott, 1949k) acerca das diversas funções corporais. Uma “ideia”, segundo o autor (Winnicott, 1988), consiste em um tipo muito primitivo de fantasia, uma “fantasia quase-física” (*near-physical fantasy*) forjada, pelo bebê, durante os estados excitados ou tranquilos, a partir das vivências corporais (sensoriais, motoras ou instintivas). Loparic (2000) propõe que tais fantasias, frutos da elaboração imaginativa originária, não possuem qualquer caráter representacional ou simbólico, consistindo, essencialmente, em um trabalho com que o indivíduo dá *sentido* às funções corporais.

Portanto, à luz desse complexo processo de personalização, obtemos um novo vislumbre sobre a maturação do ego - esta surge, agora, como um processo no qual o bebê começa a experimentar o próprio corpo como uma parte de si mesmo. Em outros termos, a maturação do ego se revela como a fundação dos alicerces sobre os quais um “sujeito encarnado”³², eventualmente, pode advir; um indivíduo “alojado”, de modo consistente e estável, no próprio corpo, alguém que é capaz de viver a pele como uma membrana limitante entre um “eu” e um “não-eu”, entre um “dentro” e um “fora”, entre uma realidade “interna” e uma “externa”.

1.3 O conceito de ego: outros aspectos teóricos

Após examinar a maturação do ego precoce, a partir do vértice dos processos aos quais nos referimos, é oportuno nos debruçarmos sobre certos

(Houaiss & Villar, 2001, p. 1838) - significado este que se aproxima, em certa medida, daquele que Winnicott vincula ao termo *handling* -, ela traz em si mesma, igualmente, alguns sentidos pejorativos, dentre os quais “manobra pela qual se influencia um indivíduo, uma coletividade, contra a vontade destes” (Houaiss & Villar, 2001, p. 1838). Tais sentidos pejorativos fazem dela, a nosso ver, uma palavra problemática em termos de substituir, em português, o termo winnicottiano *handling*. “Manejo”, por sua vez, apesar de consistir em uma palavra que poderia substituir *handling*, em português, também se presta a ser utilizado na tradução de *management* e, por este motivo, vamos aqui reservá-lo para esta finalidade. Nestas páginas, optamos por traduzir *handling* por “manuseio”.

³² Fazemos uso, aqui, da expressão cunhada por Dethiville (2013) sem, contudo, empregá-la no mesmo sentido que a autora.

nexos conceituais que unem, de modo estreito, o ego e a elaboração imaginativa das funções corporais.

Primeiramente, vale recordar que, como vimos, Winnicott pensa a elaboração imaginativa como um trabalho psíquico que dá origem a fantasias, de um tipo elementar (“quase-físico”), tendo como base as diversas vivências corporais (nos estados excitados ou tranquilos). Tais fantasias (ou “ideias”) não possuem qualquer caráter representacional ou simbólico, o que não as impede, entretanto, de possuir a propriedade de veicular sentidos às funções corporais. Cabe acrescentar que, ao conceber a atividade da elaboração imaginativa, Winnicott (1965n [1962]) pressupõe a existência, no bebê, de um “cérebro normal”³³. Em tal situação, todos os eventos funcionais que têm lugar no corpo do bebê, o que inclui aqueles relacionados à “função do id” (*id-function*)³⁴, são *organizados* pela elaboração imaginativa.

Pois bem: em meio a considerações como essas, ao abordar o caso extremo do bebê anencefálico, Winnicott tece um comentário esclarecedor: “Pode-se dizer que se houvesse um cérebro normal [no bebê], teria havido uma organização dessas funções [corporais], e a *esta organização poderia ter sido dado o rótulo de ego*” (1965n [1962], p. 56, os itálicos são nossos). Salta aos olhos neste trecho o fato de que o autor define o ego em termos da própria organização das funções corporais, que, como sabemos, é fruto da elaboração imaginativa. Na verdade, o ego, aqui, é pensado em um sentido próximo àquele que Winnicott (1988) atribui à “psique” (*psyche*), já que esta também é originada a partir da elaboração imaginativa.

Por outro lado, Winnicott atribui ao ego o desempenho de importantes *funções*. A propósito da utilização da palavra “id”, o autor (1965n [1962]) escreveu: não há “sentido em utilizar a palavra “id” para fenômenos que não são abarcados, classificados, experimentados e, eventualmente, interpretados pelo funcionamento do ego (*ego-functioning*)” (p. 56). Assim, Winnicott pensava que caberia ao ego, no âmbito de seu relacionamento com o id, *abarcar, classificar, experimentar e interpretar* certos fenômenos corporais que, só então, poderiam ser denominados id. Além disso, cabe notar que as referidas

³³ Mais adiante, voltamos a abordar o tema do cérebro normal, no contexto da ideia winnicottiana acerca da maturação do ego.

³⁴ A noção winnicottiana de “id” é examinada posteriormente.

funções do ego se aplicariam, igualmente, às funções corporais de um modo geral - não apenas à “função do id” -, o que faz do ego quase um sinônimo da própria elaboração imaginativa das funções corporais. Nesse sentido, Winnicott assinala que cabe ao ego, dentre outras funções, *interpretar* determinados fenômenos corporais, isto é, *dar sentido* a eles, trabalho que, como sabemos, caracteriza a elaboração imaginativa.

Cabe assinalar, aqui, que, na teoria winnicottiana sobre o ego, o id é situado de um modo muito peculiar. “*Não há id antes do ego*”, Winnicott (1965n [1962], p. 56) declara, e logo na sequência, afirma de modo categórico: “*Somente a partir desta premissa um estudo do ego pode ser justificado*”. Entretanto, em que consiste, mais exatamente, tal proposta?

Em decorrência da extrema imaturidade do ego do recém-nascido, Winnicott propõe que os instintos (*instincts*)³⁵, nesse contexto tão precoce do desenvolvimento emocional, são sentidos pelo bebê como “externos”. “Na área que estou examinando”, escreve o autor, “os instintos ainda não estão claramente definidos como internos ao bebê. Os instintos podem ser tão externos como um trovão ou um golpe” (1965m [1960], p. 141). De modo semelhante, em outro trabalho, Winnicott (1949k) afirma que os momentos das mamadas com frequência consistem, para o bebê, em algo “terrível”, “interrompendo a tranquilidade do sono ou da contemplação desperta. As exigências instintivas podem ser ferozes e assustadoras, e a princípio podem parecer, ao bebê, como ameaças à existência. Estar com fome é como ser possuído por lobos” (pp. 80-81).

O adjetivo “externo”, nesse contexto específico, significa *externo à área de onipotência pessoal do bebê*, não aludindo, por exemplo, a algo que, na experiência do bebê, estaria situado para além de seu “interior” (“mundo interno”). Para se tornarem “internos” ao bebê, os instintos precisam ser abarcados pela “elaboração imaginativa do funcionamento do corpo”

³⁵ O que Winnicott entende por “instinto”? Segundo o psicanalista inglês, os impulsos instintivos surgem e desaparecem, repetidas vezes, no âmbito da vida do bebê e da criança. Quando surge, o instinto sempre traz consigo uma crescente “onda” de excitação, demandando que uma “ação” seja realizada: alcançar a satisfação, no momento do “clímax” da demanda instintiva. Se nesse contexto tem lugar a satisfação, segue-se o prazer (“recompensa”) (*reward*) e o alívio temporário em relação ao instinto (ele “desaparece”), período em que o indivíduo necessita descansar com tranquilidade. Caso a satisfação não ocorra, no momento em que a demanda instintiva chega ao clímax, o prazer, o alívio e o necessário descanso, em relação ao instinto, não se dão na vida do indivíduo.

(*imaginative elaboration of body-functioning*), bem como pela “criatividade primária” (*primary creativity*) do indivíduo, ou, dito de outro modo, precisam ser integrados à experiência de si mesmo do bebê. Quando isso acontece, Winnicott (1960c) assinala que o bebê teve uma “experiência do id ego-sintônica” (*ego-syntonic id experience*) (p. 47).

Contudo, tal situação pressupõe a presença do imprescindível “apoio egóico” (*ego-support*) ofertado pela mãe ao bebê, por meio dos cuidados que ela lhe dirige. Entre a ferocidade assustadora dos instintos e o bebê imaturo, portanto, Winnicott situa o cuidado materno que, nesse contexto, visa proteger o bebê contra as invasões potenciais resultantes das tensões instintivas. Nesse princípio da vida, o recém-nascido *necessita*, enfim, ter suficientemente preservada a sua experiência de ser e continuar a ser, o que exige, na perspectiva winnicottiana, que entre o “ego” e o “id” encontre-se a mãe.

À luz dessa proposição teórica, podemos tentar esclarecer, como o fez Winnicott, o que ocorreria no âmbito do desenvolvimento emocional saudável, bem como do desenvolvimento patológico. O autor (1960c) afirma que “o bebê, geralmente, se torna capaz de dominar, e o ego de incluir, o id”, o que pressupõe, como vimos, a presença do apoio egóico fornecido pela mãe, com o auxílio do qual o ego do bebê torna-se “poderoso e estável” (p. 41). Entretanto, o psicanalista inglês alerta para o fato de que isso consiste, verdadeiramente, em uma *conquista* (*achievement*) que é peculiar ao amadurecimento saudável, algo que pode *não* ocorrer, total ou parcialmente, conforme o caso, ou mesmo que tal conquista pode ser alcançada, num primeiro momento e, depois, perdida. Quando envolvido no tratamento de pacientes esquizofrênicos, de acordo com o autor, o analista encontra claros indícios que apontam para o caráter absolutamente variável da referida conquista. “Na psicose infantil (ou esquizofrenia)”, Winnicott (1960c) assevera, “o id permanece total ou relativamente “externo” ao ego, e as satisfações do id permanecem físicas, e têm o efeito de ameaçar a estrutura do ego, isto é, até que defesas de qualidade psicótica são organizadas” (p. 40)³⁶. Vejamos, agora, como o autor define esse “ego” precoce.

³⁶ Mais adiante, fornecemos uma ilustração clínica deste ponto teórico.

O ego consiste na “parte da personalidade humana em crescimento que tende, sob condições apropriadas, a tornar-se integrada em uma unidade” (1965n [1962], p. 56). O ego estaria, então, profundamente arraigado em um pressuposto do pensamento winnicottiano: todo bebê traz consigo, ao nascer, uma tendência inata a se integrar em uma unidade espaço-temporal. O ego é, então, o próprio bebê enquanto um ser humano que tende, sob condições apropriadas, a se integrar em uma unidade espaço-temporal. Não por acaso, Winnicott declara que o conceito de ego, na verdade, é um conceito “inseparável daquele da existência do bebê como uma pessoa” (Op. cit., p. 56).

As condições apropriadas sob as quais o ego pode começar a existir são, basicamente, duas. Por um lado, há uma condição *orgânica*: não pode haver ego sem um cérebro saudável. Sem “aparelho eletrônico”, Winnicott assinala, “não pode haver experiência e, portanto, não pode haver ego” (1965n [1962]). O caso do recém-nascido anencefálico pode ser tomado, segundo o autor, como exemplo de uma situação em que a ausência de um cérebro normal torna inviável o surgimento do ego. Por outro lado, há uma condição *ambiental*: a presença, no âmbito da realidade externa, de uma mãe “suficientemente boa”, isto é, de uma mãe capaz de se adaptar ativa e sensivelmente às necessidades (*needs*) de seu bebê, situação que permite a este começar a se desenvolver emocionalmente. Aqui nos é dado vislumbrar, uma vez mais, o fato de que essa ideia acerca do ego repousa sobre pressupostos básicos do pensamento winnicottiano. Sublinhamos, desta vez, que tal concepção de ego pressupõe um enunciado acerca da *dependência* humana.

O autor entende que o cuidado materno, em seu conjunto, desempenha em relação ao bebê a função de “apoio egóico” (*ego-support*) ou “cobertura egóica” (*ego-coverage*). Trata-se de um “apoio” ou “cobertura” que *fortalece* o ego do bebê. “Pode-se dizer que o ego do bebê é fraco”, escreveu Winnicott, “mas na verdade ele é forte, por causa do apoio egóico do cuidado materno. Onde o cuidado materno falha, a fraqueza do ego do bebê se torna evidente” (1960c, p. 55).

É precisamente essa imensa suscetibilidade do ego do bebê, no que se refere à qualidade do apoio egóico ofertado pela mãe, que nos conduz a outro aspecto crucial do conceito que aqui nos ocupa. O ego *não* é uma unidade.

Winnicott propõe que, no plano da experiência do bebê, o apoio egóico oferecido pela mãe não se distingue do ego do bebê. “O bebê e o cuidado materno, juntos, formam uma unidade”, escreveu o autor (1960c, p. 39). Para ele, num contexto maturacional tão precoce, esta é a única unidade possível: ela não está no indivíduo, mas no conjunto indivíduo-ambiente. O indivíduo ainda não alcançou, em seu desenvolvimento, o “status” de unidade, uma integração, consistente e estável, em um Eu unitário.

Cabe notar nesse modo de conceber o ego a presença de certas peculiaridades que o diferencia e afasta, por exemplo, da visão kleiniana acerca do ego do recém-nascido. Winnicott pensava não haver, nos trabalhos de Klein, qualquer “referência específica a um estágio no qual o bebê existe, apenas, por causa do cuidado materno, junto com o qual ele forma uma unidade” (1960c, p. 42). Conforme a avaliação do autor, Klein supõe existir, no recém-nascido, uma “estruturação do ego” coerente com a proposta segundo a qual, nesse momento da constituição psíquica, estão em ação mecanismos de defesa primitivos do ego (cisão, projeção e introjeção) contra ansiedades arcaicas³⁷.

A ideia de ego também está articulada, do modo mais estreito, à teoria winnicottiana (1965m [1960]) acerca do verdadeiro e do falso *self*, sobretudo, no que se refere à concepção de verdadeiro *self* no âmbito do estágio mais precoce do desenvolvimento. Vimos anteriormente que, de acordo com Winnicott, um dos processos que compõem a maturação do ego consiste no início das relações objetais. Nesse contexto, assinalamos que a relação de objeto mais precoce é bastante peculiar, posto que o bebê, auxiliado pelo cuidado materno, tem a experiência de criar onipotentemente o seio. Pois bem: cabe acrescentar aqui que, para o autor, o bebê só pode ser criativo e se sentir real com base no verdadeiro *self*. “Apenas o Verdadeiro *Self* pode ser criativo e se sentir real” (1965m [1960], p. 148). Ao mesmo tempo, toda a espontaneidade do bebê é vinculada, por Winnicott, ao verdadeiro *self*. Em suas palavras: “No estágio mais precoce o Verdadeiro *Self* é a posição teórica a partir da qual surge o gesto espontâneo e a ideia pessoal. O gesto espontâneo é o Verdadeiro *Self* em ação” (1965m [1960], p. 148). A propósito

³⁷ Para um exame mais detalhado desta questão, cf. Naffah Neto (2012a).

desta última frase, cabe notar que, se o gesto espontâneo é o verdadeiro *self* em ação, o ego, por sua vez, a ele se articula conceitualmente.

Seria equivocado supor, com base no que acabamos de apresentar, que Winnicott propõe que o falso *self* não participa da constituição do ego. O fato de que o meio ambiente facilitador não pode e não precisa ser “perfeito”, em termos de adaptação às necessidades do bebê, mas apenas “suficientemente bom”, traz consigo uma consequência decisiva: o indivíduo tem de lidar, desde o princípio, com as inevitáveis falhas ambientais. Segundo Winnicott (1965m [1960]), o falso *self* é a defesa por meio da qual o bebê, frente às invasões ambientais, procura ocultar e proteger o verdadeiro *self*. O falso *self*, portanto, *precisa* ser desenvolvido, mesmo no âmbito do amadurecimento saudável. Posicionado entre o verdadeiro *self* e o ambiente, como uma espécie de escudo protetor, cabe ao falso *self* se adaptar às demandas (falhas) ambientais. Graças ao desenvolvimento do falso *self*, Winnicott (1960c) assinala que o verdadeiro *self* vai se tornando, pouco a pouco, um “*self* central” (*central self*), o “núcleo” (*core*) da personalidade. Na saúde, entre o verdadeiro e o falso *self* há uma possibilidade significativa em termos de comunicação: a proteção do núcleo da personalidade coexiste com a possibilidade de o indivíduo, no plano de suas relações com o mundo exterior, ser criativo e espontâneo. Entretanto, o autor reconhece que entre verdadeiro e falso *self* pode ter lugar, de fato, diferentes graus de cisão patológica. Quanto mais profunda for a cisão que separa o verdadeiro e o falso *self*, tanto mais o indivíduo padece de sentimentos de irrealidade e futilidade, bem como menor é a sua integração pessoal.

1.4 Implicações para a psicopatologia e para a clínica psicanalítica

A teoria winnicottiana sobre o ego traz consigo profundas implicações para o campo da psicopatologia psicanalítica e, portanto, para a clínica psicanalítica. Em especial, tal teoria se desdobra em uma maneira peculiar de conceber a etiologia e a clínica das psicoses.

Na “psicose”, escreveu Winnicott, “há um distúrbio envolvendo a estrutura da personalidade” (1989vl [1961], p. 64), afirmação que, como vimos, equivale a propor que a etiologia da psicose envolve um distúrbio no desenvolvimento do ego. À luz dessa concepção etiológica, os problemas que

atormentam os pacientes psicóticos surgem com uma natureza bastante específica, que pode ser claramente visualizada, por exemplo, quando se aprecia o modo com que Winnicott contrasta os problemas de tipo neurótico e psicótico.

O paciente neurótico, segundo ele, é capaz de existir como uma pessoa inteira (*whole person*), isto é, o neurótico é uma pessoa inteira. Trata-se, sem dúvida, de uma forte declaração de que, em termos maturacionais, diversas conquistas já foram alcançadas de modo consistente e estável. A neurose pressupõe, por exemplo, a possibilidade de diferenciação entre um “não-eu” (*not-me*) e um “eu” (*me*) e, posteriormente, a capacidade de experimentar uma integração compatível com a afirmação “EU SOU” (*I AM*). Além disso, o indivíduo que padece de neurose já está alojado em seu próprio corpo, de um modo significativo, sendo capaz, igualmente, de estabelecer relações de objeto propriamente ditas. Tendo ao fundo considerações como essas, Winnicott propõe que o problema central do paciente neurótico consiste, essencialmente, na administração de sua vida instintiva, em meio a relações interpessoais de tipo triangular (no contexto do complexo de Édipo). Em linhas gerais, a neurose é pensada pelo autor como uma organização defensiva contra a ansiedade de castração, sendo a repressão o mecanismo de defesa mais importante.

Em contraste com o paciente neurótico, o psicótico não logrou alcançar, de modo consistente e estável, a capacidade de experimentar a si mesmo como uma unidade integrada ou, dito de outro modo, como uma pessoa inteira. Winnicott considera que o psicótico não é uma pessoa inteira, e que, no âmbito de seus relacionamentos, dependendo do tipo de psicose em questão, pode nem mesmo ser capaz de separar o “não-eu” do “eu”³⁸. Os problemas cruciais dos pacientes psicóticos são, portanto, da ordem do sentir-se irreal, desintegrado, precariamente alojado no corpo e com uma marcante dificuldade de estabelecer, e manter, um contato objetivo com a realidade exterior. No fundo, as dificuldades e os problemas do psicótico não são tanto “parte da

³⁸ Winnicott distingue diferentes tipos de psicose, o que implica, dentre outras coisas, na ideia de que podem existir graus variados de integração na personalidade do paciente, conforme o caso. Por exemplo: na “depressão esquizóide” (*schizoid depression*), de acordo com o autor (1964e [1963]), observa-se no indivíduo a presença de algum grau de integração pessoal, o que permite surgir, no plano clínico, o humor depressivo. Neste caso, cabe indagar se o paciente não seria capaz de distinguir, ao menos em alguma medida, um “não-eu” de um “eu”, algo que parece estar ausente nas pessoas que padecem de um distúrbio da ordem da esquizofrenia propriamente dita (manifesta).

vida”, escreveu Winnicott, “como parte da luta para alcançar a vida - o tratamento bem sucedido de um psicótico permite ao paciente *começar* a viver e começar a experimentar as dificuldades inerentes à vida” (1988, p. 80, o itálico é do autor). Grosso modo, a psicose é pensada por Winnicott (1974) como uma organização defensiva contra agonias primitivas (*primitive agonies*) e impensáveis (*unthinkable*) (cair para sempre, ser despedaçado, perder o contato com o corpo, etc.), sendo a cisão (*split*) a defesa básica (1968c [1967]).

Após contrastar neurose e psicose, ainda que apenas de modo panorâmico, nos é dado compreender com maior precisão porque Winnicott considera que o desenvolvimento do ego equivale à edificação dos alicerces da personalidade: toda perturbação significativa da maturação do ego engendra, *necessariamente*, problemas psíquicos radicais e de maior gravidade (o indivíduo não se sente real, não é *uma* pessoa, não tem corpo, etc.). No que se refere à origem desses problemas estruturais, o autor assinala que ela só pode ser esclarecida, com maior segurança, a propósito de cada caso singular, posto que os fatores orgânicos (doenças, lesões, deficiências, etc.) e ambientais (graus e variedades de fracassos da função materna) podem se combinar de diferentes modos, conforme o contexto, na produção das referidas perturbações do desenvolvimento. Quanto à “distorção” (*distortion*) que pode ocorrer no desenvolvimento do ego, Winnicott distingue a existência de dois tipos: a distorção que assenta a base para características esquizoides; a distorção derivada do uso da “defesa-falso *self*” (*false self-defence*).

Segundo o autor, esses dois tipos de distorção do ego comparecem, nos quadros psicóticos, de variados modos e em diferentes graus. No artigo que estamos examinando, Winnicott divide o campo das psicoses em quatro domínios: esquizofrenia infantil ou autismo; esquizofrenia latente; defesa falso-*self* e personalidade esquizoide. Em “O valor da depressão” (1968c [1967]), artigo redigido no ano seguinte, assinala a existência de um quadro psicótico adicional: a depressão esquizoide – que consiste em uma situação psicopatológica na qual um elemento esquizoide, presente de modo difuso, complica o quadro depressivo.

Neste momento, guiados pelo propósito de ilustrar clinicamente essa concepção de Winnicott acerca dos problemas que incidem sobre a organização do ego, fazemos breve referência a uma observação efetuada

durante a análise de uma paciente adulta, cujo diagnóstico, em termos winnicottianos, é de esquizofrenia manifesta.

Repetidas vezes ao longo dos anos, a paciente descreve o que lhe acontece para o analista: após uma enérgica e prazerosa masturbação, sente que pode perder as pernas, medo que, quando emerge, lhe consome por alguns dias. Torna-se evidente, nesses momentos penosos, que os estados de excitação genital produzem um violento impacto sobre a frágil estrutura do ego da paciente, que, então, passa a ser atormentada pela agonia, primitiva e impensável, de vir a sofrer desintegração (despedaçamento corporal). Em um primeiro momento, cabe supor que a paciente logra experimentar, em alguma medida, excitações relativas aos impulsos instintivos de qualidade genital, chegando, inclusive, a alcançar experiências de prazer (orgasmo). Entretanto, vê-se que a referida experiência orgástica logo é sucedida pela expectativa de desintegração, o que, no plano dos conceitos que estamos a examinar, seria decorrência do fracasso, quase total, do ego em dominar ou incluir o id³⁹.

Se voltarmos agora a nossa atenção para o campo da clínica psicanalítica das psicoses, tal como a concebeu Winnicott, não será difícil constatar a marcante presença da noção de “necessidades do ego” (*ego needs*). Ocorre que, em seu trabalho analítico com pacientes psicóticos, Winnicott se deu conta de que havia, no plano da relação transferencial com o psicanalista, uma decorrência dos problemas na constituição do ego. A saber: no centro da transferência analítica ele observou a presença das necessidades egóicas. Estas, irreduzíveis às necessidades fisiológicas orgânicas e às exigências de satisfação relacionadas aos impulsos instintivos, mas também, como sublinhamos no início deste capítulo, suficientemente amplas para abarcar as “necessidades de id” (*id needs*), consistem em necessidades psíquicas primitivas que pertencem ao processo de maturação do ego. Participa do processo de integração (no tempo), por exemplo, a necessidade egóica de ser cuidado pelo analista de modo contínuo, cuidado que possibilita ao indivíduo, talvez pela primeira vez, alcançar a experiência de continuidade de si mesmo. Winnicott descobriu que um aspecto como este que, à primeira vista, pode parecer banal ou desprovido de importância, na análise de um

³⁹ Em outro trabalho (Deus, 2011), encontra-se um relato clínico deste caso.

paciente psicótico com frequência se revela, a *rigor*, como uma das principais intervenções analíticas.

“Faço análise [padrão]”, escreveu Winnicott, “porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita de análise, então faço outra coisa” (1965d [1962], p. 166). Com base nesse posicionamento, bastante peculiar e de grande arrojo clínico-psicanalítico, o autor utilizava a “análise padrão” (*standard analysis*) em situações clínicas nas quais havia, de fato, a possibilidade de se “comunicar com o paciente a partir da posição em que a neurose de transferência (ou psicose)” (Op. cit., p. 166) o colocava, enquanto a “análise modificada” (*modified analysis*), diferentemente, era por ele utilizada em situações clínicas que exigiam a realização de uma “outra coisa”. Ambas as formas de análise poderiam se suceder, alternadamente, em um mesmo processo analítico, de acordo com o estado psíquico em que se encontrava o paciente, em cada ocasião.

Seja como for, é possível afirmar que Winnicott, em essência, reservava a “análise modificada” a todas aquelas condições clínicas nas quais ele se descobria “trabalhando como um psicanalista, mais do que fazendo análise padrão” (1965d [1962], p. 168), sendo que a “modificação” era realizada, basicamente, por meio de intervenções de “manejo” (*management*) sobre o “*setting*” da análise padrão⁴⁰. Ora, esse é o caso, justamente, da concepção winnicottiana acerca da análise do paciente psicótico ou do paciente que se encontra, temporariamente, imerso em uma profunda regressão à dependência, no âmbito de sua transferência com o psicanalista⁴¹.

Em uma carta escrita em 15 de abril de 1966, dirigida à psicanalista Lili E. Peller⁴², Winnicott (1987b) faz referência explícita ao valor clínico e teórico da ideia de necessidades do ego e do quanto tal questão lhe parecia ignorada pelos seus colegas psicanalistas da Sociedade Britânica de Psicanálise. Em virtude de seu conteúdo esclarecedor, vamos optar por reproduzir, logo abaixo, a quase totalidade dessa carta.

⁴⁰ Sobre a ideia winnicottiana de “manejo” (*management*), cf. a nota nº 11 da “Introdução”.

⁴¹ Recomendamos ao leitor o belo e instigante relato que a psicanalista inglesa Little (1990) realizou de seu processo analítico com Winnicott. De nosso ponto de vista, trata-se de um caso clínico que ilustra, muito bem, a maneira pela qual Winnicott entendia a “análise modificada”, particularmente, no que se refere ao campo das psicoses.

⁴² De acordo com Rodman (Introdução, In Winnicott, 1987b, p. 202), psicanalista que era “membro honorário” de uma Associação Psicanalítica da Filadélfia.

Em resposta ao “primeiro parágrafo” da carta da senhorita Peller, Winnicott escreveu:

Pode parecer um tanto estranho que eu faça esta grande distinção entre desejo e necessidade. No entanto, em meu contato com a sociedade psicanalítica estive constantemente em um estado de frustração, até por volta de 1944, porque nos Encontros Científicos da Sociedade constantemente ouvi referências a desejos, e descobri que isto estava sendo usado como uma defesa impedindo o estudo da necessidade. Como um pediatra, cheguei à psicanálise muito consciente da dependência infantil, e achei exasperante que a única dependência que os meus colegas podiam imaginar era a dependência do tipo de provisão que leva a satisfações do id. Participei em alterar isto, pelo menos, no que diz respeito à Sociedade Britânica. Em muitas ocasiões, chamei atenção para o fato de que os oradores estavam se referindo à infância como se o início fosse uma questão de gratificação do instinto. Gradualmente encontrei a senhorita [Anna] Freud, e depois outros, utilizando a palavra necessidade, mas é uma coisa lenta, e esta mesma coisa está na raiz de um de nossos problemas atuais de todo o movimento psicanalítico... *O progresso no estudo do que um psicanalista pode fazer em referência a personalidades esquizóide e borderline depende, mais do que qualquer coisa, do reconhecimento da dependência como algo que se refere à necessidade* (Winnicott, 1987b, p. 156, os itálicos são nossos).

Vemos, nesta carta, até que ponto Winnicott atribuía importância à questão das necessidades egóicas: no seu entender, ela estaria na “raiz” de um dos problemas de que padecia a totalidade do movimento psicanalítico, no contexto de sua época⁴³. Um problema que afetava a psicanálise tanto em sua dimensão teórica – o entendimento dos aspectos psíquicos relativos à infância e às variadas psicopatologias – como clínica – a possibilidade de ofertar cuidado a pessoas que padeciam de problemáticas de tipo esquizoide e *borderline*, por exemplo.

A guisa de ilustração do debate que o autor travou com alguns de seus colegas psicanalistas, no seio da Sociedade Britânica de Psicanálise, precisamente a propósito da questão das necessidades do ego e de suas implicações teórico-clínicas, vamos nos referir a outra carta de Winnicott (1987b), escrita por ele em 22 de janeiro de 1953, e endereçada à célebre psicanalista Hanna Segal. Tal carta, escrita como uma “discussão adicional” a

⁴³ Parece-nos que o problema continua gozando de excelente saúde, ainda nos dias de hoje.

uma contribuição realizada por Segal, provavelmente no contexto de uma reunião científica da referida Sociedade, pode ser lida, a um só tempo, como uma veemente afirmação de seu posicionamento psicanalítico e uma crítica à abordagem kleiniana. O tema central do debate é se existiriam, ou não, diferenças essenciais nas “necessidades de manejo” (*management needs*) no que se refere ao tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos e psicóticos. Escreveu Winnicott:

A senhora pareceu dizer que, naturalmente, todo analista sabe que o paciente tem necessidades de manejo. A senhora mencionou o fato de que ninguém analisaria alguém que não tivesse se alimentado por cinco dias. Presumivelmente lhe dariam comida. A senhora continuou sugerindo que não há diferença essencial entre as necessidades de manejo de um paciente neurótico e um psicótico. Se a senhora realmente quis dizer isto, que o céu ajude os seus pacientes psicóticos, e até que se recupere deste ponto de vista, receio que não vá fazer uma contribuição muito interessante à teoria da psicose... Se a senhora realmente acredita, como muitos de nós, que o paciente psicótico está em um estado infantil *na situação transferencial*, então, o que está realmente dizendo é que não há diferença essencial entre as necessidades de manejo de um bebê e as de um adulto. Porém, em uma conversa, estou seguro de que a senhora admitiria que enquanto uma pessoa madura pode participar de seu próprio manejo, uma criança pode apenas participar até certo ponto, e um bebê no início é absolutamente dependente de um ambiente que pode escolher se adaptar às necessidades do bebê, ou falhar em se adaptar e ignorar estas necessidades... Eu diria que os problemas de manejo são essencialmente diferentes de acordo com o nível de desenvolvimento. Se é este o caso, então os problemas de manejo precisam ser diferentes na análise de neuróticos e psicóticos. Como a senhora sabe, sou um daqueles que vão um pouquinho além e dizem que na análise de psicóticos temos, na verdade, que estudar o que fazemos quando participamos, como sempre precisamos fazer, no manejo (Winnicott, 1987b, p. 47, os itálicos são nossos).

Encontramos nesta carta “suave”, de modo muito claro, como Winnicott pensava existir um vínculo indissociável entre, por um lado, a transferência de qualidade psicótica e, por outro, a problemática relativa ao desenvolvimento da “estrutura básica da personalidade”. Nesse contexto específico, nos é dado visualizar como é profundo e contundente o impacto, sobre a prática analítica, das propostas de Winnicott acerca do lugar da vida instintiva e das relações de

objeto propriamente ditas, no interior do processo de maturação dos seres humanos.

A seguir, abordamos alguns aspectos relativos às concepções freudianas e winnicottianas acerca do fenômeno “neurose de transferência”, bem como o modo com que Winnicott contrastou o fenômeno com a “regressão à dependência” na transferência analítica.

CAPÍTULO 2

Aspectos da transferência em Freud e Winnicott

Neste capítulo, o leitor encontra a apresentação panorâmica de alguns aspectos que compõem as concepções de Freud e Winnicott acerca do fenômeno clínico denominado, por ambos, “neurose de transferência”. Isso nos permitirá observar, ainda que muito brevemente, o modo com que o psicanalista inglês *reinterpreta* o modelo teórico freudiano acerca da transferência de qualidade neurótica.

Este será o nosso ponto de partida: constatar como Winnicott relê, à luz de suas descobertas acerca do processo de maturação e com base em seus achados relativos à psicopatologia, a transferência analítica “clássica”.

A seguir, abordamos as formulações winnicottianas acerca da “regressão à dependência”, enquanto fenômeno de transferência.

2.1. Freud e a descoberta da neurose de transferência

No decorrer da gradual construção do método de tratamento psicanalítico, uma das preocupações de Freud foi, precisamente, delimitar o alcance terapêutico desse método. Melhor dizendo: delimitar a aplicabilidade, em termos psicopatológicos, do tratamento psicanalítico. “A psicanálise”, escreveu Freud (2011 [1923]), “nunca se apresentou como uma panaceia nem pretendeu realizar milagres” (p. 296). Em contraste, a análise deveria ser concebida como “um método de tratamento de distúrbios neuróticos” (Op. cit., p. 274), isto é, como uma clínica das “neuroses de transferência”.

A expressão “neurose de transferência”, que em seu *sentido nosográfico* (Laplanche & Pontalis, 1995, p. 308) Freud reservou para abarcar as histerias e neuroses obsessivas, ao trazer em si a palavra “transferência”, aponta para uma peculiar característica do paciente neurótico.

Segundo o autor (2010a [1912]; 2010d [1914]; 2011 [1923]), a transferência se relaciona ao fato de que os conteúdos reprimidos (inconscientes), no contexto da psicose, tendem a se manifestar não apenas na forma de sonhos e sintomas, mas, de modo compulsivo, no âmbito das *relações afetivas* que o enfermo estabelece em geral.

No plano específico da relação com o psicanalista, “o analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua. Ele não o reproduz como lembrança, mas como ato, ele o repete, naturalmente sem saber que o faz” (Freud, 2010d, pp. 199-200). Em outros termos, Freud propõe que, quando em análise, o neurótico tende a *reviver*, em meio à relação afetiva com o psicanalista, aspectos daquilo que foi esquecido e que está reprimido em seu inconsciente.

O paciente revive com o analista o que está reprimido, na medida em que o analista é tomado, por parte do analisando, como *objeto de um investimento libidinal* (Freud, 2010a [1912]). Isto é, de acordo com o autor, a transferência só pode ocorrer no tratamento psicanalítico quando o paciente toma o analista como *objeto de suas pulsões sexuais*. Para Freud, portanto, *toda* transferência estaria profundamente arraigada no solo da sexualidade, a partir do qual floresceria⁴⁴. Por outro lado, “tal investimento [libidinal]”, afirma o autor, “se apegará a modelos, se ligará a um dos clichês presentes no indivíduo em questão ou, como podemos também dizer, ele incluirá o médico numa das “séries” que o doente formou até então” (Op. cit., p. 136). Ainda procurando descrever o que ocorre à libido do neurótico, quando do surgimento do fenômeno da transferência na análise, Freud afirma que tal libido toma a via

⁴⁴ No verbete intitulado “Psicanálise” (item “A transferência”), que redigiu para ser publicado em um “dicionário de sexologia”, Freud (2011 [1923]) se refere à transferência como um “fato” que corrobora a sua tese sobre o papel central que a sexualidade desempenha na etiologia das psicose. O trecho é o seguinte: “Se ainda for necessária mais uma prova para a tese de que as forças motrizes da formação do sintoma neurótico são de natureza sexual, ela estará no fato de que durante o tratamento analítico produz-se normalmente uma relação afetiva especial do paciente com o médico, relação que ultrapassa a medida racional, que varia entre a mais terna devoção e a mais dura hostilidade e que retira suas peculiaridades de atitudes amorosas antigas do paciente, que se tornaram inconscientes” (pp. 291-292). Indo na mesma direção Laplanche e Pontalis (1995), no verbete “transferência” de seu Vocabulário da Psicanálise, enfatizam o laço inseparável com que Freud uniu as suas concepções de transferência e de sexualidade. De acordo com estes autores, a transferência consiste no “processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica” (1995, p. 514, nosso itálico).

da “regressão” e, desta forma, “reanima as imagos infantis” (paterna, materna, fraterna, dentre outras).

Disso tudo resulta que, quando imerso no fenômeno da transferência, o paciente tende a atribuir mais realidade à reprodução atuada do material esquecido e reprimido, no plano de seu relacionamento afetivo com o analista, do que às suas percepções da realidade exterior. Nessas circunstâncias, o analista surge diante do paciente como se fosse a pessoa que fez parte de sua vida infantil. Freud considera que tal processo remete ao fato de que os conteúdos reprimidos são reproduzidos, na transferência, “de acordo com a atemporalidade e a capacidade de alucinação do inconsciente” (Freud, 2010a, pp. 145-146). Sendo assim, a transferência neurótica leva o paciente a confundir presente e passado, figura parental infantil e analista.

Freud (2010a[1912]; 2010d [1914]) entende que o fenômeno da transferência desempenha um papel decisivo no interior da análise. Talvez, seja mais correto afirmar que ele atribui à transferência um duplo papel: o de *obstáculo principal* ao tratamento; o de *via principal* para o tratamento. Vejamos, primeiramente, a transferência enquanto *obstáculo principal* à análise.

Freud vê a transferência como um fenômeno intimamente ligado à resistência. Ele escreveu (2010a [1912]), por exemplo, que a transferência deve ser pensada como “*a mais forte resistência ao tratamento*” (p. 137, os itálicos são do autor) ou, então, como “*a mais poderosa arma da resistência*” (p. 141). Neste último sentido, é a resistência que, nos momentos em que o tratamento se aproxima dos conteúdos que estão no inconsciente do enfermo, aciona a transferência como quem, em meio a uma batalha, lança mão de sua arma mais poderosa contra o seu inimigo (no caso: o tratamento psicanalítico e a parte do paciente que busca a cura da neurose)⁴⁵.

Entretanto, Freud se deu conta de que nem sempre a transferência parecia servir à resistência. Pelo contrário, ele observou a existência de situações clínicas em que o fenômeno transferencial não operava como um

⁴⁵ Esta mesma resistência, no âmbito da técnica psicanalítica da época, precisava ser desvelada para a consciência do neurótico por meio da interpretação analítica. A resistência, uma vez tornada consciente, seria objeto de uma “tarefa penosa para o analisando”: a sua gradual elaboração. Tal elaboração, Freud (2010d [1914]) afirmou, “é a parte do trabalho que tem o maior efeito modificador sobre o paciente, e distingue o tratamento psicanalítico de toda influência por sugestão” (p. 209).

adversário da análise. A complexa relação entre a transferência e a resistência só poderia ser elucidada, pensava Freud, levando-se em conta as formas clínicas pelas quais a transferência neurótica se manifestava durante o tratamento.

Segundo o autor (Freud, 2010a [1912]), havia dois tipos de “transferência positiva”: uma em que o analista é alvo de sentimentos ternos e amistosos do paciente e outra na qual o neurótico dirige ao analista sentimentos eróticos. Destas, dizia Freud, apenas a transferência positiva erótica serve à resistência.

Além das formas “positivas” de transferência havia, igualmente, a “transferência negativa”, situação clínica em que o paciente toma o analista como objeto de sentimentos hostis, sempre em proveito da resistência. Cabe acrescentar, aqui, que Freud observou nos neuróticos a presença de um alto grau de ambivalência de sentimentos, de modo que, no plano da relação afetiva do paciente com o analista, as formas positivas e negativas de transferência, frequentemente, alternavam-se e coexistiam.

Ao mesmo tempo, como assinalamos anteriormente, Freud atribuiu à transferência a função de *via principal* para o tratamento analítico. Para melhor compreendermos essa ideia, é preciso verificar o sentido que a expressão “neurose de transferência” adquire no plano da teoria freudiana do tratamento.

Vimos que Freud entendia a clínica psicanalítica como um método apropriado para o enfrentamento de distúrbios neuróticos. Entretanto, uma leitura mais atenta do artigo “Recordar, repetir e elaborar” (Freud, 2010d [1914]) revela que o seu autor *não* afirma, a rigor, que o tratamento psicanalítico possa ter qualquer influência terapêutica sobre o que ele denomina “neurose ordinária”. Segundo Freud, tal influência pode advir à medida que a neurose ordinária, gradualmente, é substituída durante a análise por uma “neurose de transferência”. Uma *nova* neurose precisa surgir em um lugar preciso: *a relação afetiva que o paciente estabelece com o seu analista*. A este respeito, o autor escreveu:

Quando o paciente se mostra solícito a ponto de respeitar as condições básicas do tratamento, conseguimos normalmente dar um novo significado de transferência a todos os sintomas da doença, substituindo sua neurose ordinária por uma

neurose de transferência, *da qual ele pode ser curado pelo trabalho terapêutico*. Assim a transferência cria uma zona intermediária entre a doença e a vida, através da qual se efetua a transição de uma para a outra. O novo estado assumiu todas as características da doença, mas representa uma enfermidade artificial, *em toda parte acessível à nossa interferência*. Ao mesmo tempo é uma parcela da vida real, tornada possível por condições particularmente favoráveis, porém, e tendo uma natureza provisória (Op. cit., pp. 206-207, nosso itálico).

Essa passagem revela que, para Freud, é da neurose de transferência que o paciente pode convalescer e não da neurose ordinária. A fim de que esta se torne analiticamente vulnerável, é preciso que, gradualmente durante a análise, ela venha a migrar para interior do vínculo afetivo paciente-analista. Em outras palavras, a neurose ordinária precisa ser transformada em um laço afetivo com qualidades neuróticas. Cabe notar também, a propósito do mesmo trecho, que o neurótico ainda não alcançou a “vida”, existindo entre esta e a neurose ordinária um intervalo difícil de transpor. A travessia de um ponto a outro só pode ser realizada, pensava o autor, através do surgimento de uma “zona intermediária” (neurose de transferência) capaz de unir os dois extremos (neurose e vida).

Por certo, *muito* ainda poderia ser acrescentado à apresentação que realizamos até aqui do modelo teórico freudiano acerca da transferência. Entretanto, acreditamos que tal apresentação panorâmica, em virtude dos limites desta pesquisa, revelar-se-á suficiente para os nossos propósitos. Passemos agora, então, ao estudo de algumas das elaborações de Winnicott acerca da transferência analítica.

2.2. Winnicott: reinterpretação da neurose de transferência e regressão à dependência na transferência

Tendo examinado a concepção freudiana sobre a neurose de transferência, apresentamos alguns aspectos da forma como Winnicott pensou tal fenômeno.

O autor parece reinterpretá-lo à luz de sua teoria do desenvolvimento emocional humano, bem como de suas observações e descobertas relativas ao campo da psicopatologia psicanalítica. Mais uma vez, como ocorreu a propósito do modelo teórico elaborado por Freud, buscamos delinear um quadro sucinto e pontual acerca da formulação winnicottiana.

Winnicott considera a neurose de transferência como uma *variedade clínica da transferência*. Isto é, ele a concebe como *um* dos tipos de transferência analítica que, eventualmente, pode se manifestar durante uma análise⁴⁶. Tal posicionamento está ligado, por certo, ao fato de que o pediatra e psicanalista, durante o seu longo e rico percurso profissional, teve a oportunidade de constatar a existência de diversos tipos de transferências, *distintas* daquelas que caracterizam a neurose. Durante a Segunda Guerra Mundial, por exemplo, Winnicott entrou em contato com a “força” (*strength*) e o “peso da transferência” (*weight of the transference*) manifestada por crianças que padeciam de “tendência antissocial” (1958c [1956]-a). Por outro lado, esteve às voltas, igualmente, com a transferência peculiar aos casos *borderline* (1956a [1955]), bem como com a transferência analítica relativa a casos de esquizofrenia manifesta (1968c [1967]).

Quando Winnicott aborda o fenômeno “neurose de transferência”, procura explicitar o que estaria implicado em tal variedade de transferência, em termos do processo de maturação. Por exemplo: a neurose de transferência pressupõe que o paciente tem um “ego intacto” (*intact ego*) (1956a [1955]). Isto é, o indivíduo é capaz de existir como uma “pessoa inteira” (*whole person*) e, de modo algum, carrega consigo sérios problemas relativos ao desenvolvimento da “estrutura básica da personalidade”. Essa pessoa, por assim dizer, não tem problemas “estruturais”. Na transferência analítica, o psicanalista é experimentado como outra “pessoa inteira”, com quem o paciente estabelece uma relação *interpessoal*. Isto é: há, aqui, *a rigor*, relações de objeto propriamente ditas. Desta forma, a neurose de transferência traz à vida algo das antigas relações infantis do paciente, que se deram entre uma criança (pessoa inteira) e seus pais (pessoas inteiras). Tais relacionamentos acontecem contra um pano de fundo inconsciente: a situação edípica, com seu dinamismo triangular (a três corpos).

Na neurose de transferência, Winnicott considera que o analista é posicionado pelo paciente de um modo *bastante* específico. “Nesta posição”, escreveu o autor, “tenho algumas das características de um fenômeno

⁴⁶ O autor, aliás, pensava que a neurose (o que abrange, naturalmente, a forma de transferência que lhe é peculiar) estava se tornando, no contexto de sua época, cada vez mais rara nos consultórios dos analistas. Cf. nº 14 da “Introdução”.

transicional, já que embora eu represente o princípio de realidade, e sou eu que preciso manter um olho no relógio, sou, contudo, um objeto subjetivo para o paciente” (1965d [1962], p. 166). Isto é, tal transferência traz consigo uma qualidade de experiência *transicional*: o analista é vivido pelo paciente, *ao mesmo tempo*, como um “objeto objetivamente percebido” (um “não-eu”) e um “objeto subjetivo” (uma parte de si mesmo). A neurose de transferência, portanto, encerra paradoxos: o analista é e não é um objeto objetivamente percebido (habitante da realidade compartilhada); é e não é um objeto subjetivo (pura continuidade da experiência de si); é e não é a figura paterna; é e não é a figura materna, etc.

Nessa forma de transferência, há uma qualidade lúdica, própria ao brincar. Assim sendo, podemos observar na neurose de transferência um aspecto crucial: há, nela, uma qualidade *simbólica*. Ilustrando: no âmbito de uma transferência paterna, o analista não é experimentado pelo paciente como o pai da infância, *de fato*. Em virtude do *simbolismo* que caracteriza essa transferência, o psicanalista surge, no plano da experiência do paciente, *como se fosse* a figura paterna. Há, de fato, uma *enorme* diferença entre as duas situações.

Faz-se presente aqui toda turbulência relativa à *vida instintiva* do paciente, vida que, até então, ele não logrou administrar sem recorrer, sobretudo, ao mecanismo da *repressão*. Na neurose de transferência se manifestam, portanto, os aspectos da vida instintiva que o paciente ainda não conseguiu *integrar*, de um modo mais real e pessoal, à sua personalidade. No que tange às ansiedades, a transferência de qualidade neurótica traz consigo, basicamente, a *ansiedade de castração*, ao redor da qual, por sua vez, gravita uma complexa organização defensiva (a neurose).

Finalmente, do ponto de vista do método de tratamento, Winnicott (1965d [1962]) propõe que a neurose de transferência exige, por parte do analista, a utilização da “análise padrão” (*standard analysis*), em que o trabalho da interpretação é mais importante do que o manejo do *setting* psicanalítico. Em outros termos: Winnicott julgava que Freud, de fato, sabia cuidar suficientemente bem de seus pacientes neuróticos.

Algo muito diferente pode ser observado, segundo Winnicott (1956a [1955]), na transferência analítica nos casos *borderline*, ou mesmo nos

momentos ou fases psicóticas que têm lugar na análise de pacientes neuróticos ou de pessoas “normais”. Em tais circunstâncias transferenciais, *não* se pode dizer que o indivíduo dispõe de um “ego intacto”. A natureza da transferência desvela, com nitidez, que o paciente *não* é uma “pessoa inteira”. Pelo contrário, a transferência ganha vida ao redor das “necessidades egóicas” (*ego needs*) do paciente, cuja estrutura básica da personalidade jamais chegou a ser edificada, de modo firme e estável.

Nesses contextos, Winnicott (1956a [1955]; 1955d [1954]) assinala que, em meio à transferência analítica, ocorre um processo contundente por ele denominado *regressão à dependência*. Uma vez tendo alcançado um grau significativo de *confiança*, no analista e na análise, o paciente que traz consigo problemas relativos à constituição da estrutura básica da sua personalidade começa a alterar a organização de suas defesas. É como se ele, pouco a pouco, lograsse “desfazer” ou “desmontar” a organização defensiva que, até então, permitira a sua sobrevivência ao longo dos anos. Daí podemos dizer que o paciente, em tal situação, “se arrisca”. Ao mesmo tempo, no âmbito da transferência, novas funções são atribuídas ao analista, funções que, antes, eram exercidas pelo falso *self*⁴⁷.

O falso *self* teve de ser desenvolvido na infância mais precoce do paciente, no intuito de ocultar e proteger o verdadeiro *self* contra as falhas ambientais. Isso porque, em última instância, tais falhas resultavam em vivências de aniquilação. Entre o ambiente e o verdadeiro *self*, portanto, teve de ser erguida essa espécie de “escudo protetor” ou “armadura”. Disso decorre, entretanto, que o paciente tem de pagar um preço altíssimo por se servir dessa defesa radical: utilizando-a, ele não é capaz de obter as experiências de que necessita; não se sente vivo e real. O falso *self* está, agora, entre o paciente e a própria experiência de viver. Nos casos extremos, o escudo protetor se assemelha ao sepulcro que encarcera um bebê vivo (ou quase).

No ponto extremo da regressão, o “narcisismo primário” (*primary narcissism*) (1960c) é um fato de transferência. Do ponto de vista da experiência do paciente, não há qualquer separação entre ele, o analista e seu *setting*. Nas sessões, só existe uma única pessoa: o paciente-analista-*setting*,

⁴⁷ Sobre os conceitos winnicottianos de verdadeiro *self* e falso *self*, cf. o capítulo 1.

sendo esta a única unidade possível, a unidade que o indivíduo *necessita* experimentar. Em termos da dimensão temporal, Winnicott (1955d [1954], 1956a [1955]) afirma que, nesse tipo de transferência, *não* é o passado que vem ao presente; é o presente que vai ao passado e, *a rigor*, é o passado. Em tal transferência *não* haveria qualquer qualidade simbólica. O divã é o colo do analista. O divã, portanto, *não* simboliza o colo do analista. O presente é o passado que jamais existiu (ao menos, em uma medida suficiente para o indivíduo). A transferência não encerra qualquer repetição de experiências; nela acontece o “milagre” do novo (Sechehaye, 1984 [1947])⁴⁸.

Quando a regressão à dependência ocorre na transferência analítica, o psicanalista não consegue cuidar de seu paciente suficientemente bem através da “análise padrão” (*standard analysis*). Manter-se aferrado a tal método, em uma situação clínica dessa natureza, equivaleria a *sair* do lugar de analista. O terapeuta precisa se adaptar às emergentes *necessidades egóicas* (*ego needs*) do paciente que, então, vêm para o primeiro plano transferencial. A adaptação analítica, em essência, ocorre através de cuidadosas modificações de aspectos precisos do *setting* da análise padrão e, quando necessário, de facetas do ambiente familiar e/ou social do paciente. Isto é: nesse contexto de transferência, o analista continua a ser analista, justamente, ao trabalhar por meio de intervenções de *manejo* (*management*)⁴⁹. Aqui, o manejo é mais importante do que o trabalho interpretativo. Pouco a pouco, os manejos analíticos fazem emergir o que Winnicott (1965d [1962]) denomina “análise modificada” (*modified analysis*)⁵⁰.

Seguramente, muito ainda poderia ser assinalado acerca das formulações de Winnicott sobre a regressão à dependência, em termos da transferência analítica. Entretanto, julgamos que o exposto até aqui permite entrever o contraste, expressivo, que o psicanalista inglês estabeleceu entre a “neurose de transferência” e a “regressão à dependência” na transferência analítica.

⁴⁸ Cf., nesta obra, o capítulo 11 da segunda parte, intitulado “O milagre das maçãs” (Sechehaye, 1984, pp. 161-165) (p. 161-165).

⁴⁹ Cf. “Introdução” nota nº 11.

⁵⁰ Cf. capítulo 1 nota nº 40.

No próximo capítulo, vamos nos debruçar sobre alguns aspectos gerais que caracterizam o caso Piggie, guiados pelo propósito de melhor contextualizar o estudo do material clínico que realizamos posteriormente.

CAPÍTULO 3

O Caso Piggie: Considerações Preliminares

Neste capítulo, realizamos alguns comentários pontuais sobre o caso Piggie, visando fornecer ao leitor uma espécie de pano de fundo para contextualizar as reflexões posteriores.

Com uma frequência bastante significativa, o leitor dos escritos de Winnicott depara com narrativas oriundas da experiência clínica, obtidas na prática cotidiana do pediatra e psicanalista. Dentre elas, destacam-se, em virtude de sua extensão e complexidade, dois casos clínicos. “Piggie: um relato do tratamento psicanalítico de uma menina pequena” (1977b) e “*Holding e Interpretação: fragmento de uma análise*” (Winnicott, 1986a). Ambos vieram a público postumamente, sendo o primeiro deles, ao que parece, o único relato completo de um tratamento psicanalítico legado por Winnicott.

Gabrielle, carinhosamente apelidada de “Piggie” por seus pais, tinha dois anos e quatro meses de idade à época em que eles solicitaram a ajuda de Winnicott, e cinco anos e dois meses de idade na ocasião em que o tratamento foi encerrado. Em termos cronológicos, o tratamento se estendeu de janeiro de 1964 a outubro de 1966, ou seja, por volta de dois anos e oito meses.

Em termos do contexto biográfico do autor, é possível compreender, a partir do trabalho de Abram (2008), que o tratamento de Gabrielle ocorreu em um momento bastante significativo. “Em 1963, após 40 anos de serviço”, escreve a autora, “Winnicott se aposenta de seu cargo como pediatra especialista (*consultant paediatrician*) no [Hospital] *Paddington Green*” (p. 1206). Abram declara que Piggie foi, provavelmente, “o último paciente criança que ele [Winnicott] tomou em tratamento” (Idem). No que se refere ao processo de evolução do pensamento de Winnicott, tal como o propõe a mesma autora, o tratamento de Gabrielle se situa no interior da terceira e última fase, por ela

denominada “o uso de um objeto (1960-1971)” (Abram, 2008, p. 1205). Este tratamento, portanto, teve lugar em um momento relativamente tardio e maduro da trajetória clínica, teórica e pessoal de Winnicott.

Vejam, agora, algumas das peculiaridades que fizeram parte da situação inicial do referido tratamento.

O primeiro contato que Winnicott estabeleceu com o caso, ao que parece, se deu por meio de uma carta, redigida e enviada a ele pelos pais da paciente. Na carta, Gabrielle é descrita como alguém que, em linhas gerais, se desenvolveu saudavelmente até os vinte e um meses de idade, ocasião em que nasceu Susan, sua irmã menor. A partir daí, de acordo com o relato dos pais, teve lugar toda uma série de preocupantes modificações na menina.

“Bem descrito” pelos pais, segundo Winnicott, o complexo estado clínico de Piggie, manifestado logo após o nascimento de sua irmã, dentre outros fenômenos, incluía uma perturbação no âmbito da “identidade” da menina. No dizer da mãe, “ela [Piggie] não era ela mesma” (1977b, p. 13). Após a única entrevista que realizou com a mãe da paciente, Winnicott escreve: “Na verdade ela se recusava a ser ela mesma e dizia: “Eu sou a mamãe. Eu sou o bebê” (Idem). Ao mesmo tempo, os pais relatam que, em alguns momentos, Piggie parecia falar com uma voz que não era a sua. Aqui, portanto, nela se manifestava algo como uma perda de autenticidade pessoal. Por outro lado, de acordo com os pais, o sono da menina era constantemente perturbado por pesadelos assustadores – neles, Piggie era perseguida, sobretudo, pela “mamãe preta” (*black mummy*) e pelo “babacar” (*babacar*), seres que também temia durante o dia. Antes do nascimento da irmã, Gabrielle costumava brincar o tempo todo, mas, após a “grande mudança” (Idem), diz a mãe, “ela tende a deitar em seu berço e a sugar o seu polegar sem brincar” (1977b, p. 14) e, além disso, facilmente se torna “entediada” e “depressiva” (Op. cit., p. 6).

Várias outras manifestações clínicas, por certo, poderiam vir a enriquecer essa lista. Acreditamos, contudo, que as que foram referidas bastam para descortinar traços importantes do contexto com o qual Winnicott, deparou no princípio da análise de Piggie. Por outro lado, é preciso dizer que o autor não parece ter incluído em sua avaliação inicial, tão somente, aspectos psicopatológicos.

Isso porque Winnicott teria sido capaz de olhar e ver o que, de fato, havia de saudável na psique da menina e em seu meio ambiente imediato, bem como de lidar, por meio do “manejo” (*management*), com dois obstáculos “concretos” que pareciam se opor à realização do tratamento.

Um deles, digamos, seria de ordem “espacial”: uma distância considerável separava a residência de Piggie e sua família do consultório londrino do analista, fato que inviabilizava, de acordo com Winnicott, a utilização do “método de sessões diárias cinco vezes por semana” (*method of the daily session five times a week*) (1977b, p. 3). O outro obstáculo seria de ordem “temporal”: conforme declarou em uma carta, por ele enviada aos pais de Gabrielle (Op. cit, p. 86), Winnicott não dispunha, na ocasião, de “vaga” (*vacancy*) para um novo caso.

No que se refere aos aspectos saudáveis que estariam presentes na avaliação winnicottiana do caso, é preciso reconhecer que Winnicott dispunha de um conceito de saúde psíquica do indivíduo, ao passo que, igualmente, fazia referência à saúde em termos do meio ambiente facilitador (1971f [1967]). Grosso modo, a saúde psíquica do indivíduo se relaciona, em Winnicott, à ideia de “maturidade apropriada à idade cronológica” e, no que se refere ao ambiente, parece estar vinculada à ideia de “ambiente suficientemente bom”. Seja como for, na “introdução” que redigiu para o caso, o autor fez clara menção à existência de uma “saúde essencial” (*essential health*) em Piggie:

É a partir da descrição do trabalho psicanalítico... que o leitor pode perceber a saúde essencial na personalidade desta criança, uma qualidade que foi sempre evidente para o analista mesmo quando, clinicamente e em casa, a criança estava realmente doente (1977b, p. 3).

Quanto a essa “saúde essencial”, voltaremos ao tema no próximo capítulo, quando abordarmos a questão da transferência. Entretanto, cabe sublinhar, neste momento, que esse parece ter sido um aspecto decisivo, em termos do diagnóstico individual de Piggie, algo relacionado à capacidade da paciente, manifestada durante todo o tratamento, de confiar em Winnicott e de, com base nessa confiança, solicitar, a cada vez, uma nova consulta.

O método de tratamento psicanalítico “sob a demanda” (*on demand*) (1977b, p. 2), espécie de “análise modificada” (*modified analysis*) (1965d

[1962]), consistiu, portanto, na resposta winnicottiana, em termos de manejo do *setting* da “análise padrão” (*standard analysis*) (Idem), aos aspectos psicopatológicos e saudáveis por ele observados em sua paciente (diagnóstico individual), bem como aos obstáculos em termos de “espaço” e “tempo”, mencionados anteriormente.

A outra expressão de que Winnicott se serve para se referir ao método de tratamento utilizado é, por sua vez, igualmente reveladora: “psicanálise *partagé* (compartilhada)” (*psychoanalysis partagé (shared)*) (1977b, p. viii). Aqui, o psicanalista se remete ao fato de que, durante todo o tratamento de Piggie, deliberada e estrategicamente, contou com o auxílio dos pais em termos de meio ambiente facilitador. Ilustra esse ponto, por exemplo, o fato de Winnicott, ter escrito após a terceira consulta que o “*setting* familiar forneceu o hospital mental (*mental hospital*) em que ela [Gabrielle] pôde alcançar a sua doença” (Op. cit., p. 51).

A seguir, apresentamos então o estudo do caso clínico.

CAPÍTULO 4

Variedades clínicas da transferência no caso Piggle

Neste capítulo, nos debruçamos sobre material clínico extraído do caso Piggle, tendo como propósito, como assinalamos anteriormente, explicitar que a transferência analítica, no contexto da prática clínica de Winnicott, não se resume à diferenciação, proposta pelo autor, entre a neurose de transferência e a transferência de qualidade psicótica, abarcando outras formas clínicas transferenciais que podem ser visualizadas à luz da teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional (em termos de “ego”, vida instintiva e relações de objeto propriamente ditas).

4.1. Confiança e transferência

O estudo do caso Piggle revela, de modo cristalino, a importância que Winnicott atribuía à presença da *confiança* no interior da transferência, aspecto que pode ser observado em três planos, ao longo do caso clínico: a transferência que a paciente dirigia ao seu analista; a transferência que os pais da paciente dirigiam ao analista; a interação mútua de ambos.

Algumas afirmações de Winnicott sugerem que, de acordo com sua avaliação, essa confiança transferencial esteve presente de um modo significativo durante *todo* o tratamento de Piggle. Na “introdução” do relato da análise, o autor escreveu: “O tratamento teve um impulso próprio que foi evidente desde o seu princípio, e que, sem dúvida, foi intensificado pela confiança dos pais e da paciente no analista” (1977b, p. 3). Embora não utilize aqui explicitamente o termo “transferência”, Winnicott faz clara alusão à presença da confiança na transferência dirigida ao analista, tanto por Piggle como pelos pais, assinalando, ainda, o valor terapêutico desempenhado por tais fenômenos durante o tratamento como um todo. De um modo semelhante, relata o que observou no início da 12ª consulta: “Foi surpreendente o modo

com que ela [Piggle], como sempre, teve confiança imediata em mim e na situação” (1977b, p. 150).

Se nos voltarmos agora para o início do tratamento, encontraremos o que pode ter sido o florescimento da transferência que Gabrielle dirigiu a Winnicott, matizada pela confiança.

4.1.1. O surgimento do “Dr. Winnicott”

Antes da primeira consulta, os pais de Piggle enviaram a Winnicott, ao menos, duas cartas. A segunda carta, de autoria da mãe, começa de modo sombrio:

As coisas não melhoraram nada desde que escrevi para você. Piggle, agora, quase nunca brinca com qualquer concentração, dificilmente admite ser ela mesma, ela é ou o baba [bebê *Sush*] ou, mais frequentemente, a mamãe. ‘A Piga foi embora, foi para o babacar. A Piga é preta. As duas Pigas são más. Mamãe, chora por causa do babacar!’ (1977b, p. 7).

Dos variados aspectos que poderiam ser comentados acerca da descrição acima, gostaríamos de sublinhar, aqui, a complexidade do estado psíquico da menina, bem como a natureza e intensidade de seu sofrimento. A carta nos informa, por exemplo, que Piggle parecia ter perdido, quase que completamente, a capacidade de brincar e de continuar sendo ela mesma. Winnicott, por sua vez, ao escrever à margem deste trecho “um estado clínico degenerativo” (Idem), parece considerar que teria ocorrido, de fato, uma piora no estado clínico de Gabrielle, quando comparado com a descrição do estado da menina na primeira carta enviada pelos pais.

Seja como for, foi em meio à situação acima descrita que Piggle, pela primeira vez, ouviu falar do “Dr. Winnicott”. Na sequência da carta que estamos examinando, a mãe escreveu: “Contei a ela [Piggle] que tinha escrito para o Dr. Winnicott, ‘que entende de babacars e mamães pretas’; desde então ela parou com a sua súplica noturna: ‘Me fala sobre o babacar’. Duas vezes ela me pediu, como se inesperadamente: ‘Mamãe, me leva ao Dr. Winnicott’” (Idem). Cabe notar aqui dois aspectos: por um lado, o modo peculiar pelo qual a mãe apresenta o psicanalista à filha e, por outro, a maneira com que Piggle responde a essa apresentação.

Winnicott é apresentado como alguém que é capaz de “entender” dos seres que estariam perseguindo Gabrielle e, implicitamente, em decorrência disso, como alguém capaz de ajudá-la em tal contexto. Winnicott surge, então, como uma pessoa em quem a mãe deposita *confiança*; ou seja, a presença da confiança na transferência que a mãe dirige ao analista⁵¹.

Piggle, por sua vez, responde de imediato à atitude e ao comentário da mãe, através de uma mudança clínica. Ao deixar de dirigir aos seus pais, completa e subitamente, o insistente pedido “me fala sobre o babacar, *tudo sobre o babacar*” (1977b, p. 7) e, ao mesmo tempo, tendo solicitado claramente à mãe, em duas ocasiões, que a levasse ao “Dr. Winnicott”, Gabrielle deixa entrever a presença, em si mesma, de certo “Winnicott”. Piggle se conduz como se o analista tivesse passado a existir, em algum sentido de realidade, no seu horizonte experiencial. O analista é vivido, no interior dessa primeira transferência, como uma pessoa confiável. Talvez seja possível pensar que este “Winnicott”, em verdade, teria surgido do encontro entre o “Dr. Winnicott” apresentado pela mãe e o gesto criativo de Piggle, tendo consistido em um *objeto subjetivamente concebido*. O analista, aqui, teria sido criado de modo mágico e onipotente por Gabrielle. Portanto, cabe reconhecer que estamos diante de uma variedade clínica da transferência: o analista é posicionado como um *objeto subjetivo*, surgindo como portador da confiança da paciente.

É interessante observar o que ocorreu, no plano da transferência de Piggle com o psicanalista, logo após a primeira consulta. Com base no relato fornecido pela mãe da paciente, Winnicott assinala:

⁵¹ A questão da importância clínica da confiança, no âmbito da transferência parental dirigida ao analista, foi sublinhada por Winnicott a propósito do método por ele denominado “consulta terapêutica”. Na introdução ao livro “Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil” (1971b), ele escreveu: “Em alguns dos casos relatados, há mudanças drásticas após uma ou duas consultas terapêuticas. Estes devem ser tomados, não apenas, como evidência do trabalho feito, mas também como evidência da atitude dos pais. Indubitavelmente, os melhores casos para este tipo de trabalho são aqueles nos quais já há confiança parental em mim” (1971b, p. 7). Vê-se, neste trecho, o elevado valor que o psicanalista inglês atribuía à presença da confiança, na transferência parental dirigida ao analista, no âmbito do método “consulta terapêutica”. Trata-se, na verdade, de um importante aspecto do setting que caracteriza este procedimento clínico. Pensamos que o mesmo se aplica ao método de tratamento utilizado, por Winnicott, com Piggle e seus pais. O fato de terem dirigido ao analista uma transferência de tal qualidade, ao longo de todo o tratamento, parece ter consistido, por si só, em uma das contribuições oferecidas pelos pais ao tratamento. Motivos desta ordem teriam levado Winnicott a utilizar, visando escolher um nome para o método de tratamento de que se serviu na ocasião, a expressão “psicanálise compartilhada” (*psychoanalysis partagé (shared)*).

Quando eles [Piggle e seus pais] me deixaram, ela [Piggle] disse: ‘O babacar’, como se tivesse esquecido algo. Ela então disse: ‘O Dr. Winnicott não entende de babacars - de babacar’. Ela disse, também, que o ursinho [de pelúcia] queria voltar para Londres e brincar com o Dr. Winnicott, mas que ela não queria. Aliás, ela tinha quase deixado o ursinho entre os brinquedos, mas no último minuto lembrou-se dele e o levou para casa com ela. É como se ela estivesse lamentando, o tempo todo, não ter sido capaz de falar com o Dr. Winnicott sobre o babacar (1977b, p. 15).

Quando Piggle diz, de um modo encantador e significativo, que o ursinho de pelúcia quer voltar a Londres e brincar com o analista, este assinala à margem do texto: “Confiança (*belief*) no analista” (1977b, p. 15). É um comentário que revela que Winnicott *estava atento e valorizava a presença da confiança na transferência analítica*. O ursinho (objeto transicional de Piggle), com quem o psicanalista havia “feito amizade” (*made friends*) (por meio de um manejo) no início da consulta, quer voltar a Londres⁵² porque ele (que, paradoxalmente, também é a paciente) confia em Winnicott. Ao mesmo tempo, Piggle afirma que o “Dr. Winnicott não entende de babacar”, deixando entrever com esta afirmação que, por esse motivo, em contraste com o seu ursinho, não quer voltar a Londres. Aqui se faz notar, clinicamente, uma espécie de enfraquecimento da confiança ocorrida no plano da transferência que Piggle dirige ao analista. O material clínico permite supor que esse fenômeno transferencial seria fruto, ao menos parcialmente, de um movimento defensivo: visando evitar a penosa sensação de não ter sido capaz, durante a consulta, de falar com o psicanalista sobre o babacar, Piggle deposita (projetivamente) em Winnicott tal incapacidade, sendo a desconfiança resultante o preço a ser pago.

Pouco tempo depois, ainda durante o intervalo que separou a primeira da segunda consulta, Winnicott prossegue se mostrando atento e sensível ao desdobramento da transferência de Piggle, sublinhando as modulações da confiança ao longo do processo. Em uma carta, os pais relatam ao analista que a filha “mencionou várias vezes, como se lamentando, que o Dr. Winnicott não entende do babacar, e disse: ‘Não me leve para Londres’” (1977b, p. 18). O

⁵² Na verdade, a julgar pelo mencionado quase esquecimento deste animalzinho entre os brinquedos, o “ursinho” parecia não querer deixar o consultório e os brinquedos que lhe haviam sido apresentados.

autor anota à margem do texto: “Transferência negativa - resistência”. Parece-nos que seria equivocado entender tal comentário em um sentido freudiano (Freud, 2010a [1912]), supondo que Winnicott estaria se referindo, com a expressão “transferência negativa”, ao fato de o analista ter sido tomado, no âmbito de uma transferência de qualidade neurótica, como alvo do ódio inconsciente (reprimido) relativo a imagos parentais infantis. Com o seu comentário, sublinha o desaparecimento clínico da confiança, naquele momento específico, no plano da transferência analítica. Mais adiante, ainda na mesma carta, Winnicott novamente vai se referir (também à margem do texto e se servindo, uma vez mais, de termos freudianos) à questão da confiança, no plano da transferência analítica. Dessa vez, ele detecta a presença de uma “ambivalência na transferência” (1977b, p. 19) a propósito da descrição de uma brincadeira peculiar: “Nos últimos dias tive [o pai] de ser a Pigga, e ela, a mamãe: ‘Eu vou levar você ao Dr. W. Diga não’ - ‘Por quê?’ - ‘Porque preciso que você diga não’” (Idem). A “ambivalência” transferencial a que o autor alude consiste na oscilação clínica da presença da confiança, no contexto da transferência analítica, não remetendo, como se poderia pensar à primeira vista, à ideia de que Winnicott seria alvo de amor e ódio simultâneo, em meio a uma transferência neurótica.

Foi em meio a tais oscilações da confiança, no plano da transferência analítica, que Piggie solicitou uma nova consulta. Em uma carta, a mãe da paciente conta para o analista: “Ela [Piggie] pareceu muito contente que você irá vê-la. Às vezes, quando em dificuldade, fala sobre chamar o Dr. Winnicott” (1977b, p. 22). E ao final da mesma carta, a mãe acrescenta: “Ela [Piggie] fala sobre ir vê-lo, contar a você sobre o babacar” (Idem). Ao que parece, a menina e o ursinho chegaram a um acordo (provisório): *Winnicott é confiável enquanto alguém capaz de “entender” do babacar e de ajudar Piggie*. Pouco depois, a segunda consulta foi realizada.

4.2. Necessidade egóica (*ego need*) de criar onipotentemente o analista e *setting* psicanalítico: o manejo (*management*) da frequência e do ritmo das consultas

Neste ponto, nosso estudo acerca da importância concedida pelo psicanalista inglês à presença da confiança no âmbito das transferências nos conduz a uma nova questão.

Em nosso percurso, observamos que a primeira e a segunda consulta foram realizadas *a partir da solicitação da paciente*. Na verdade, cabe aqui assinalar que todas as consultas posteriores foram realizadas, igualmente, de acordo com o mesmo critério. Trata-se de uma maneira arrojada e peculiar de lidar com a frequência das sessões psicanalíticas (em contraste com o método de tratamento psicanalítico clássico), que só pode ser entendida levando-se em conta, dentre outros aspectos, o modo de Winnicott pensar a transferência e, num plano ainda mais profundo, a sua maneira de conceber a própria constituição do psiquismo.

As consultas foram realizadas “sob a demanda” (*on demand*) porque o psicanalista inglês visava, por meio do manejo cuidadoso da temporalidade do processo terapêutico, adaptar-se ativa e sensivelmente às necessidades (*needs*) de Piggie. Nesse sentido, trabalhar “sob a demanda” equivale a realizar um trabalho analítico *rigorosamente* orientado pelo ritmo das necessidades do paciente. Isto é: “sob a demanda” (*on demand*) significa “sob a necessidade” (*on need*). Em termos mais precisos, o trabalho clínico com Piggie parece ter sido conduzido de modo a fornecer, à paciente, *a experiência de que o analista, a cada vez, foi criado pelo seu gesto*.

Safra (2005) sublinhou, a nosso ver com acerto, que o manejo winnicottiano relativo ao ritmo das consultas, no âmbito do tratamento de Piggie, estava assentado no modelo teórico da “apresentação de objeto” (*object-presenting*)⁵³.

Nessa perspectiva, tal aspecto do *setting* do tratamento de Piggie remeteria, em termos da transferência analítica, ao plano em que estavam situadas as *necessidades* da paciente. Em especial, remeteria à necessidade

⁵³ É bom lembrar que o trabalho “sob a demanda” foi realizado tendo, ao fundo, um contexto muito especial: Piggie era cuidada “sete vezes por semana” por seus pais. O analista contava, de modo deliberado, com esse *holding* fornecido pela família da paciente. Em certo sentido, o trabalho “sob a demanda” só foi possível porque a análise era “compartilhada” (com os pais).

de que o analista fosse “apresentado” à paciente, *de fato*, no exato momento em que o buscava de modo criativo (gesto). A nosso ver, isso *não* se contrapõe ao fato de que Piggie, desde o momento mais inicial do tratamento, esteve seriamente às voltas com as tarefas e conquistas relativas aos estágios do *concern* e do complexo de Édipo. Pensamos que não há contradição nesse ponto porque: (1) os processos que compõem o desenvolvimento do ego primário - integração, personalização e realização -, de acordo com Winnicott, jamais se concluem (mesmo no desenvolvimento saudável) e continuam sendo um aspecto relevante (de diferentes modos, conforme o estágio) do desenvolvimento emocional como um todo; posto isto, sempre haverá necessidades relativas a tais processos; (2) Winnicott não pensava que o processo de maturação ocorria de modo linear, no que se refere à sequência dos estágios do desenvolvimento emocional; o relato do caso Piggie, aliás, ilustra este fato de modo eloquente.

Em verdade, parece-nos difícil explicar o método de psicanálise sob a demanda fazendo referência, *unicamente*, a um modelo teórico que concebe a transferência em termos da vida instintiva e das relações de objeto.

4.3. Organização e força de ego na transferência

Cerca de trinta dias separaram, no tempo, a carta inicial dos pais e a primeira consulta do tratamento. Gabrielle tinha na ocasião dois anos e cinco meses de idade e, conta Winnicott, parecia “séria” ao entrar no consultório em companhia de seus pais. Naquele dia, segundo o analista, era evidente que a menina “veio para trabalhar” (1977b, p. 9). Num primeiro momento, Winnicott conduziu os recém-chegados ao seu consultório, onde permaneceram juntos durante algum tempo. A seguir, os levou à sala de espera, de onde, então, tentou levar Piggie de volta à sala de atendimento. O psicanalista observa que a paciente “não estava muito disposta a fazer esta viagem” e, durante o trajeto, disse a mãe: “Eu sou tímida demais!” (Idem).

Winnicott toma esta afirmação de Piggie como algo decisivo, em termos de sua compreensão do material clínico. Tal fato transparece, com particular nitidez, nos comentários que o autor redige sobre a primeira consulta. “Eu sou tímida demais”, como se lê a margem do texto (Idem), seria uma “comunicação inicial” ao analista, comunicação que, como veremos, desvelou para Winnicott

aspectos do *fenômeno transferencial* e, portanto, elementos relativos à situação de Piggie em termos de seu processo de maturação. No comentário 1, Winnicott escreveu: “‘Eu sou tímida’, é uma evidência de organização e força do ego [*ego strength and organization*], e do estabelecimento do analista como uma ‘pessoa papai’ [*daddy person*]” (Op. cit., p. 17). Por certo, temos aqui uma complexa afirmação do autor. A fim de esclarecê-la examinemos, primeiramente, o que Winnicott entende por “força” e “organização do ego”.

Um aspecto relevante que cabe salientar a propósito da noção winnicottiana de força do ego é a importância clínica que o analista lhe atribuía. Ao que parece, ele sempre a tinha presente em seu trabalho prático: “O tempo todo, em nosso trabalho analítico, estamos avaliando e reavaliando a força do ego [*ego-strength*] do paciente” (1963a [1962], p. 252). Note-se aqui, de passagem, que tal afirmação é coerente com um fato por nós observado no caso Piggie: o *primeiro* de todos os comentários que Winnicott apresenta no relato inclui, *justamente*, a avaliação analítica acerca da força do ego da paciente. Por outro lado, no âmbito do processo de maturação, o autor afirma que o “desenvolvimento e estabelecimento da força do ego é o aspecto básico ou importante indicando saúde [psíquica]” (1964e [1963], p. 73). Talvez tenha sido nesse sentido que, na introdução à narrativa da análise de Piggie, Winnicott utilizou a expressão “saúde essencial” (*essential health*) para se referir a “uma qualidade [da personalidade da menina] que”, segundo ele, “sempre foi evidente para o analista [durante o tratamento] mesmo quando, clinicamente e em casa, a criança estava realmente doente” (1977b, p. 3)⁵⁴.

No plano do processo de maturação, Winnicott (1964e [1963]) vincula a ideia de “força do ego”, em especial, ao que ele denominou “estágio do *concern*” (1955c [1954]), fenômeno que havia sido descrito (de modo diferente) por Klein, tendo sido por ela designado como “posição depressiva”. “Nossa visão da depressão”, escreveu o autor, “... está estreitamente ligada ao nosso conceito de força do ego, de estabelecimento do *self* e de descoberta de uma identidade pessoal, e é por esta razão que podemos discutir a ideia de que a depressão tem um valor” (1964e [1963], p. 73).

⁵⁴ Esta faceta do diagnóstico da paciente nos leva a supor que Winnicott, provavelmente, não pensava que a menina padecia de qualquer tipo de psicose. Naturalmente, isto não impede que outras leituras do caso Piggie - como a realizada por Moya-Plana e Arcangioli (2001) - resultem na inclusão deste no rol dos “grandes casos de psicose” da história da psicanálise.

Cabe assinalar aqui um aspecto decisivo na maneira pela qual Winnicott (1955c [1954]) pensava o estágio do *concern*: há *precondições maturacionais* para que o indivíduo *comece* a estar às voltas com as tarefas e conquistas que caracterizam tal estágio. Em termos do processo de integração, o indivíduo que ingressa no *concern* já alcançou e estabeleceu em sua personalidade, de modo consistente e estável, o *status* de unidade. Ele é capaz de sentir EU SOU (*I AM*), tem um “interior” (“mundo interno”) e um “exterior” (“mundo externo”), separados por uma membrana limitadora que, na saúde, coincide com a superfície da pele. Winnicott comenta (1964e [1963]) que tal indivíduo, no âmbito de uma representação através de diagramas, poderia ser representado como uma “esfera (*sphere*) ou círculo (*circle*)” (p. 75). Nas palavras do autor: “Para alcançar a posição depressiva um bebê precisa ter se estabelecido como uma pessoa inteira (*whole person*), e estar relacionado com pessoas inteiras (*whole persons*) como uma pessoa inteira (*whole person*)” (1955c [1954], p. 264). Na perspectiva do relacionamento “mãe-bebê” ou “analista-paciente” o indivíduo está às voltas, no plano de sua experiência, com um relacionamento “interpessoal”.

Se voltarmos nossa atenção para o caso Piggie, nos será dado compreender melhor alguns pormenores do material clínico. A “mamãe preta” “morava” no interior da barriga de Piggie (1977b, p. 6) porque esta, de fato, dispunha de um “interior” (“mundo interno”) capaz de abrigar este objeto perseguidor. De modo análogo o “babacar”, no contexto da segunda consulta, era vivido pela paciente como “o interior [preto] da mãe de onde o bebê nasce” (Op. cit., p. 24), precisamente porque a mãe, do ponto de vista de Piggie, era experimentada como outra pessoa (inteira) dotada de um interior. Finalmente, no que se refere ao fenômeno da *transferência analítica*, durante a primeira consulta, estamos em condições de esclarecer um dos seus aspectos.

Winnicott parece ter entendido o “eu sou”, presente na afirmação “eu sou tímida demais!”, como o “EU SOU” enquanto conquista relativa ao processo de maturação (1984h [1968]). Isto é, Piggie teria posicionado o analista, no plano transferencial, como uma alteridade (“não eu”); mais do que isso, ela o teria vivido como uma pessoa inteira, diferente dela mesma (pessoa inteira). Em outras palavras: do ponto de vista de Piggie, a transferência analítica acontecia como um relacionamento interpessoal (relação de objeto propriamente dita).

Vale assinalar que uma transferência como essa, no âmbito do pensamento clínico de Winnicott, apresenta uma *qualidade bastante específica*, que, para o autor, de forma alguma pode ser encontrada em qualquer etapa de todo tratamento psicanalítico.

Tendo iluminado um aspecto da transferência analítica de Piggie, manifestada durante a primeira consulta, retomemos o exame da concepção winnicottiana de força do ego. Como vimos, Winnicott a relaciona ao estágio do *concern*, destacando que seria gradualmente desenvolvida no bebê que está às voltas, no relacionamento interpessoal que se dá entre ele e sua mãe, com as inquietantes consequências imaginativas da destrutividade e agressividade inerente ao impulso amoroso primitivo (1955c [1954]). O bebê ama e odeia a mãe e, ao longo dessa turbulenta e complexa experiência emocional, vai adquirindo a capacidade para viver a ambivalência.

De acordo com Winnicott, Piggie estava às voltas, já naquele momento inicial do tratamento, com a espinhosa tarefa de lidar com o conflito de ambivalência. Alguns indícios, presentes no material clínico, sugeriam essa ideia. Por exemplo: na entrevista com a mãe da paciente, que ocorreu logo após a primeira consulta, o analista fica sabendo da existência de uma brincadeira significativa de Piggie: de tempos em tempos, a mãe deveria cair e se machucar, sendo, em seguida, cuidada pela filha. A propósito dessa brincadeira, o analista escreveu:

Aqui está, novamente, mais uma evidência, se ela ainda é necessária, do ódio e amor [da menina] pela mãe aparecendo simultaneamente, e da capacidade de Piggie para usar a mãe agressivamente. A isto, se precisa ser capaz de acrescentar a questão: cair é engravidar. Deste modo, a agressão do pai está incluída (1977b, p. 16).

À margem deste trecho, Winnicott insere a palavra “ambivalência” (*ambivalence*).

Cabe assinalar então que Piggie, de acordo com o psicanalista, *estava às voltas com o problema da ambivalência*. Além disso, o trecho que acabamos de reproduzir explicita que a paciente, do ponto de vista de Winnicott, estaria às voltas *não apenas* com um relacionamento a duas pessoas (filha e mãe), mas, isto sim, com uma relação a “três corpos” (filha, mãe e pai) e de dinâmica

triangular. O autor entende que haveria, no caso, uma espécie de superposição (problemática) dos estágios do *concern* e do complexo de Édipo. Como ele sublinha no referido trecho, é *preciso* discernir tal fato.

Entretanto, estar às voltas com a problemática da ambivalência não equivale, a *rigor*, a ser capaz de experimentar a ambivalência em relações de objeto propriamente ditas. A narrativa clínica mostra que, no contexto do início da análise, Piggie ainda não tinha alcançado, de modo consistente, a capacidade de experimentar a ambivalência. Ela ainda não dispunha de uma sólida e consistente “estrutura básica da personalidade” (ou “ego”). Daí a projeção maciça do ódio, que ressurgia, no plano da experiência da paciente, na forma da “mamãe preta”, dentre outros objetos. Incapaz de fazer frente à ambivalência, Piggie teve de recorrer à organização de um modo de vida paranóide.

4.4. O analista como “pessoa papai” (*daddy person*): transferência e situação edípica

No primeiro comentário feito por Winnicott a propósito da primeira consulta, constatamos que a afirmação de Piggie “eu sou tímida demais!” sugeria, também, o “estabelecimento do analista como uma pessoa papai (*daddy person*)”. Vale sublinhar, aqui, que essa ideia está vinculada ao fato de que, para Winnicott, a palavra-chave (*key word*) para a consulta é “tímida” (*shy*) (1977b, p. 16). Piggie ficou tímida diante de Winnicott, precisamente, porque o havia posicionado, na transferência, não apenas como uma “pessoa inteira”, mas como uma “pessoa papai”, no sentido winnicottiano do “estágio do complexo de Édipo” (Winnicott, 1988).

Para o psicanalista, portanto, se tornava evidente que Gabrielle estava às voltas, entre outras coisas, com aspectos relativos à experiência do complexo de Édipo. Entretanto, Winnicott pensa que a sua paciente havia sido como que “forçada”, em virtude de falhas ambientais específicas, ocorridas após o nascimento do novo bebê (Susan), para o interior do estágio do complexo de Édipo. Daí o autor afirmar (comentário 2) que, em Gabrielle, teve lugar um “desenvolvimento prematuro do ego” (1977b, p. 17).

4.5. Gabrielle está só na presença de Winnicott: “relação-de-ego” (*ego-relatedness*) e transferência

Uma das contribuições mais contundentes e inovadoras de Winnicott, em termos da investigação psicanalítica acerca dos fenômenos transferenciais, está relacionada ao seu conceito de “capacidade para estar só” (1958g [1957]). Logo no início do artigo que consagrou ao referido tema, o autor assinala a existência de um vínculo estreito que une as suas concepções sobre a transferência e a capacidade para estar só.

Em quase todos os nossos tratamentos psicanalíticos, surgem épocas em que a capacidade para estar só é importante para o paciente. Clinicamente, isto pode ser representado por uma fase ou sessão silenciosa, e este silêncio, longe de ser uma evidência de resistência, se revela como uma conquista (*achievement*) por parte do paciente. Talvez, tenha sido aqui que o paciente foi capaz de estar só pela primeira vez. *É para este aspecto da transferência, em que o paciente está só na sessão analítica, que desejo chamar a atenção*” (1958g [1957], p. 29, os itálicos são nossos).

Neste item, a partir de uma passagem colhida no caso Piggie, teremos a oportunidade de explicitar algumas das implicações do conceito para a reflexão acerca da transferência analítica.

Há no mencionado relato clínico ao menos um trecho em que o autor faz referência explícita à capacidade de sua paciente alcançar, em presença do analista, a experiência de estar só. Sensível às modulações na natureza da transferência analítica, Winnicott escreve no início da 12ª consulta:

Eu estava sentado desta vez na cadeira, não no chão (pela primeira vez), fazendo anotações como sempre. Foi surpreendente o modo com que ela [Gabrielle], como sempre, teve confiança imediata em mim e na situação [analítica]. *Ela era como uma ilustração da ‘capacidade para estar só na presença de alguém’, sentada no chão, brincando, murmurando, e obviamente consciente de mim* (1977b, p. 150, os itálicos são nossos).

Como se vê, naquela circunstância específica, a qualidade da transferência analítica pareceu ao psicanalista inglês, digamos, como que “concretizar” ou “encarnar”, no plano empírico, aquilo que, no plano conceitual,

ele formulou como “capacidade para estar só”. Vejamos, agora, alguns dos aspectos que compõem este conceito.

No artigo “A capacidade para estar só” (1958g [1957]), o autor assinala que não pretende teorizar sobre o “medo” ou “desejo” de estar só e, tampouco, se referir ao “estar realmente só”, do ponto de vista do observador situado na realidade externa. O “retraimento” (*withdrawal*), acrescenta ele, também não será objeto de sua investigação. É o “estar só” enquanto uma *capacidade* psíquica, um “fenômeno altamente sofisticado” e “um dos sinais mais importantes de maturidade no desenvolvimento emocional” (Op. cit., p. 29), que Winnicott propõe focar.

Conforme o estágio do desenvolvimento emocional, a capacidade para estar só adquire diferentes significados e pressupõe, no indivíduo, a existência de variadas conquistas a ela relacionadas. No caso da “cena primária”, por exemplo, tal possibilidade de estar só pressupõe que a criança, então às voltas com toda a turbulência afetiva que caracteriza o complexo de Édipo, tenha alcançado uma “maturidade do desenvolvimento erótico” e uma “tolerância da ambivalência”, dentre outras conquistas relativas à maturação pessoal. Cabe notar que o estar só, aqui, ocorre no âmbito de um relacionamento a três corpos de dinâmica triangular. Em se tratando do estágio do *concern*, por sua vez, a capacidade de estar só implica, por exemplo, na “existência de um objeto bom na realidade psíquica [interna] do indivíduo” (Op. cit., p. 32), tendo lugar no plano de um relacionamento a dois corpos.

Seja como for, Winnicott considera que a capacidade para estar só seria fundada, sobretudo, em uma *experiência* muito primitiva, relativa aos estágios mais precoces do amadurecimento: *a experiência de estar só, como um bebê ou criança pequena, na presença da mãe*⁵⁵. Tal proposição, ele insiste, envolve

⁵⁵ Entendemos que este postulado winnicottiano acerca da experiência primitiva de estar só em presença da mãe, matriz de uma possível e ulterior capacidade para estar só, guarda relações com a ideia de “solidão essencial” (*essential aloneness*) (1988), cuja existência Winnicott assinala desde o momento mais precoce da vida humana. Neste rodapé, nos propomos sugerir, ao menos, uma destas possíveis relações. De acordo com o autor, quando a experiência de continuar a ser tem início, a partir de um estado de “não estar vivo” (*unaliveness*), o estado do indivíduo humano pode ser descrito como “solidão essencial”. Winnicott sustenta que esta solidão, mesmo no caso do desenvolvimento saudável, jamais será superada, posto tratar-se de uma “solidão fundamental, inerente e inalterável” (Op. cit., p. 132). Posto isto, nos parece possível supor que, na perspectiva do psicanalista, a experiência primitiva do bebê humano de estar só em presença da mãe coincide com um aspecto do conceito de solidão essencial, isto é, a solidão enquanto primeiro estado humano que surge

um paradoxo, posto que a experiência primitiva de estar só demanda, *necessariamente*, a presença de outro ser humano disponível para interagir com o indivíduo sem, contudo, fazer exigências de qualquer espécie. A mãe, num contexto tão precoce como este, seria vivida pelo bebê (ou criança pequena) como uma continuidade de si mesmo (fusão), *no âmbito de um estado tranquilo*. Isto é, quando o bebê experimenta estar só na presença de sua mãe isto *não* ocorre, de modo algum, com base nos impulsos instintivos, à semelhança do relacionamento excitado com a mãe “objeto subjetivamente concebido”⁵⁶. Em meio à experiência primária de estar só, o bebê estabelece com a mãe (“ambiente”) um tipo especial de relacionamento que, de acordo com Winnicott, reclama para si um nome como “relação-de-ego” (*ego-relatedness*)⁵⁷, em oposição ao termo “relacionamento-de-id” (*id-relationship*), expressão reservada, pelo autor, para designar as relações do indivíduo baseadas em impulsos instintivos⁵⁸.

imediatamente após o estado de “não estar vivo”. Não estamos sugerindo, portanto, que o conceito de experiência primitiva de estar só coincide, inteiramente, com a ideia de solidão essencial. Esta ressalva decorre do fato de que, enquanto aspecto humano inerente, tal solidão se faz presente em todos os estágios do processo de desenvolvimento emocional, incluindo-se aí, necessariamente, aqueles em que as conquistas mais sofisticadas podem ser alcançadas. Isto, aliás, abre a possibilidade para pensarmos na existência de possíveis articulações teóricas entre, por um lado, a solidão essencial e, por outro, a capacidade para estar só (“fenômeno altamente sofisticado”). Por certo, poderíamos tentar distinguir outros nexos entre as ideias de solidão essencial, experiência primitiva de estar só e capacidade para estar só. Neste terreno teórico, Winnicott parece ter concebido uma articulação intrincada que adentra, inclusive, naquilo que Loparic (2001, 2011) propõe distinguir como o plano ontológico do “paradigma winnicottiano”. Nesta pesquisa, não precisamos nem podemos explorar, com maior detalhe, tais articulações.

⁵⁶ Muito embora o relacionamento do bebê com o objeto subjetivo ocorra muito cedo, em um momento da maturação em que o bebê, de fato, ainda não é capaz de se apropriar dos impulsos instintivos (o id é “externo” ao indivíduo), cabe notar que a experiência de ilusão de onipotência implica, necessariamente, na presença da excitação instintiva (Cf. Winnicott, 1988).

⁵⁷ A expressão *ego-relatedness* é difícil de verter, de modo satisfatório, em língua portuguesa. Winnicott não utiliza aqui, como em *id-relationship*, a palavra inglesa *relationship*, ou mesmo, *relation*, palavras que podem ser traduzidas por “relação” ou “relacionamento”. Em contraste, ao forjar o referido termo, o autor substantivou o adjetivo *related*, que, em linhas gerais, significa “relacionado” ou “aparentado” a algo ou a alguém. Sendo assim, como traduzir *relatedness* em língua portuguesa? Na tradução brasileira do livro “O ambiente facilitador e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional” (Winnicott, 1965b-b), a expressão *ego-relatedness* é substituída por “relacionamento com o ego”, enquanto que na versão brasileira para o dicionário de Abram (2000), por sua vez, a expressão winnicottiana é traduzida por “afinidade egóica”. Tendo em vista que o pediatra e psicanalista criou o termo em questão, essencialmente, visando nomear um tipo bastante específico de relacionamento, optamos por traduzir *ego-relatedness* por “relação-de-ego” ou “relação egóica”, apesar de não estarmos inteiramente satisfeitos com esta solução.

⁵⁸ Embora não arraigada nos impulsos instintivos, esta *ego-relatedness* abarca momentos em que há “clímax” (*climax*), circunstâncias nas quais o indivíduo, propõe o autor, vive um “orgasmo de ego” (*ego orgasm*). Estes “orgasmos” não instintivos ocorreriam, num primeiro momento, no âmbito do relacionamento primitivo bebê-mãe e, posteriormente, no caso do

Ao relacionamento tranquilo que o bebê estabelece com a mãe-ambiente, Winnicott atribui *grande* importância. Grosso modo, tal valorização se deve, segundo ele (1958g [1957]), a três fatores: (1) a relação egóica é a matéria prima (*stuff*) de que a amizade é feita; (2) a relação-de-ego pode se revelar como a *matriz da transferência* (*matrix of transference*); (3) os “*relacionamentos-de-id* (*id-relationships*) fortalecem o ego [apenas] quando ocorrem em um quadro (*framework*) de relação-de-ego (*ego-relatedness*)” (Op. cit., p. 34, os itálicos são do autor). Vê-se, com isto, que Winnicott considera que nem a amizade, nem a transferência analítica, teriam a *rigor*, como o seu *fundamento primeiro*, a experiência de um relacionamento excitado estabelecido entre seres humanos. A “matéria prima” da amizade e a “matriz” da transferência analítica, para o autor, compartilham a mesma origem: as experiências obtidas pelo bebê humano durante as “relações-de-ego” com a mãe-ambiente.

Naturalmente, isso *não* significa, de modo algum, que o autor negue à vida instintiva qualquer valor ou função, no contexto das amizades e das transferências analíticas. Significa, isto *sim*, que toda e qualquer relação excitada (“relação-de-id” baseada em impulsos instintivos) só pode ser vivida, pelo indivíduo, como uma experiência verdadeiramente pessoal e real, se acontecer a partir da relação-de-ego. Esta relação *sui generis* é a “moldura” ou “quadro” necessário para qualquer relacionamento excitado não invasivo, em termos da experiência do indivíduo. Ou, quem sabe, mais preciso seria dizer que a *ego-relatedness* funciona como uma “moldura continente” para todas as relações atravessadas pela turbulência relativa aos instintos. Winnicott descreve que, quando imerso na relação tranquila egóica, o bebê está não integrado (*unintegrated*) e relaxado, de modo que quando a sensação ou impulso surge, “a experiência do id pode ser frutífera, e o objeto pode ser uma parte ou a totalidade da pessoa que atende [*attendant person*] [o bebê], a saber, a mãe” (Winnicott).

desenvolvimento emocional saudável, prolongar-se-iam no brincar e nas experiências culturais. Levando em conta este panorama teórico, poderíamos indagar se Winnicott, de fato, pensa que a “relação-de-ego”, durante os “orgasmos de ego”, não consiste em um relacionamento excitado. Parece-nos condizente com a definição do autor relativa aos “estados excitados” (1988), contudo, reservar o emprego deste conceito àquelas experiências do indivíduo baseadas na vida instintiva.

Em resumo, a “relação-de-ego”, à luz da perspectiva winnicottiana, consiste em um tipo de relacionamento humano *altamente* peculiar, visto que: (1) *não* é uma relação de objeto propriamente dita; (2) *não* é um relacionamento excitado baseado em impulsos instintivos (“relacionamento-de-id”), mas, isto sim, uma relação que acontece durante os estados tranquilos, nos quais o indivíduo se encontra não integrado e relaxado; (3) é um “relacionamento a um corpo” (*one-body relationship*) do qual a mãe participa como um “ambiente facilitador”; (4) é uma relação que implica em um paradoxo: o bebê tem a experiência de estar só na presença de sua mãe; (5) é o contexto relacional necessário para qualquer relacionamento excitado não invasivo experimentado, pelo indivíduo, como verdadeiramente pessoal e real; (6) é a matéria prima de que é feita a amizade e a matriz da transferência analítica.

Neste momento, conservando em nosso horizonte os apontamentos teóricos que acabamos de apresentar, voltemos a nossa atenção, uma vez mais, ao trecho do caso Piggie que havíamos reproduzido. Assim procedendo, logo descobrimos na vinheta clínica novas dimensões, antes insuspeitadas.

Winnicott comenta que Gabrielle, no contexto da 12ª consulta da análise, brincava e murmurava no chão, estando “obviamente” consciente da presença do analista, sentado na cadeira e fazendo anotações. Ao mesmo tempo, o autor assinala que a menina, apesar de estar consciente da presença do analista, era capaz de estar só. Pois bem: o que estaria ocorrendo, em termos transferenciais? Trata-se de uma variedade clínica da transferência em que há um tipo de experiência paradoxal do analista, em termos da oposição presença-ausência. Isto é: Winnicott estava e não estava lá. No plano da realidade exterior, sim, *havia* um analista sentado na cadeira e tomando notas. Mas, paradoxalmente, ele *não* estava lá. Sentada no chão, Gabrielle murmurava e brincava, profundamente imersa na solidão de que era capaz. Ao viver aquela transferência, a menina estava mais próxima da solidão essencial que a habitava, solidão inerente à natureza humana. Na sala de atendimento, havia uma e duas pessoas.

Podemos dizer, igualmente, que tal transferência *não* implicava em qualquer relacionamento objetual propriamente dito e, tampouco, acontecia em termos de um relacionamento excitado com o analista. Gabrielle estava

relaxada e não integrada, experimentando um relacionamento com um analista-ambiente. Com base em uma transferência tão especial, Gabrielle poderia passar para modalidades de transferência baseadas nos impulsos instintivos, sem sofrer qualquer invasão. Somos levados então a pensar que tal variedade clínica de transferência, em termos do processo analítico, tem uma importância dinâmica decisiva: contexto transferencial que funciona como “quadro-continente” para as transferências excitadas.

Por outro lado, ao se revelar capaz de estar só em presença de Winnicott, Gabrielle fornece claro indício da significativa maturidade emocional que havia alcançado, até então, ao longo de sua análise. Naquele momento avançado do tratamento, a capacidade de estar só em presença do analista, enquanto fenômeno de transferência, implicava em todo um desenvolvimento emocional anterior, em termos das conquistas relativas aos estágios do *concern* e do complexo de Édipo⁵⁹. Finalmente, cabe notar que, além de remeter à *capacidade* de estar só, o acontecimento transferencial se deveu, também, à necessidade (*need*) de estar só em presença do analista. No centro dessa transferência podemos supor, portanto, a presença de uma necessidade de estar só, em estado de relaxamento e de não integração.

4.6. Do bebê ávido ao leão voraz: erotismo oral e transferência

O estudo minucioso da segunda consulta da análise de Piggie nos possibilita entrar em contato vivo com diversas facetas que compõem a clínica psicanalítica winnicottiana. Dentre elas, por certo, encontram-se aquelas relativas ao modo de Winnicott pensar e trabalhar com a transferência analítica. Tendo isso em vista, oferecemos ao leitor, a seguir, a reconstrução da referida consulta, reconstrução que será *parcial* em decorrência da ênfase, por nós depositada, nos acontecimentos transferenciais que tiveram lugar na ocasião.

⁵⁹ Um exemplo: por ocasião da 9ª consulta, Winnicott (1977b) comenta que sua paciente havia logrado alcançar a experiência de matar, a tiros, a “*amada* mamãe preta” (p. 120, o itálico é do autor). Neste momento, verdadeiro divisor de águas na análise da menina, a paciente alcança uma experiência altamente significativa, em termos da integração dos aspectos agressivo-destrutivos inerentes ao impulso amoroso primitivo. A “mamãe preta” (*black mummy*), objeto perseguidor que atormentava a menina desde a primeira consulta, devia a sua existência, pensava Winnicott, à impossibilidade da menina lidar com a ambivalência, em especial, no contexto da relação com a sua mãe (em termos do estágio do *concern*, bem como, da situação edípica). Portanto, a experiência de poder matar, a tiros, a amada mamãe preta precisa ser entendida como uma verdadeira façanha em termos do processo de maturação pessoal.

No início da consulta, em meio aos brinquedos do analista, Piggie encontra uma pequena lâmpada amarela em que estava desenhado um rosto. Tendo em mãos esse objeto, a menina o dirige ao analista, solicitando: “faz ela vomitar” (1977b, p. 24). Buscando atender ao pedido de sua paciente, Winnicott desenha uma “grande boca” (*big mouth*) no topo da pequena lâmpada, de modo a viabilizar o vômito. À margem do texto, o autor assinala que “faz ela vomitar” é a “chave (*clue*) para a sessão” (Idem). Num primeiro momento, esta afirmação do psicanalista inglês pode soar, ao leitor, um tanto enigmática, pois este, naturalmente, ainda não dispõe do contexto clínico que tal “chave” é capaz de “abrir”.

Pouco depois, Piggie pergunta claramente a Winnicott: “Você sabe o que é o babacar?” (1977b, p. 24). Do ponto de vista da paciente, esta pergunta era, sem sombra de dúvida, crucial. Segundo os pais de Piggie, o “babacar” fora o primeiro objeto perseguidor a surgir no horizonte experiencial da menina, antes mesmo da “mamãe preta” (*black mummy*) (1977b, p. 7). Noite após noite, escrevem os pais, Piggie dizia: “Me fale sobre o babacar, *tudo* sobre o babacar” (Idem, *itálico no original*). Ao que parece, o “babacar” surgia, diante a paciente, como algo completamente destituído de sentido, sentido que lhe era *necessário* alcançar. Portanto, nesse contexto, Winnicott estava ciente da importância da pergunta que lhe era dirigida. Após se certificar da incapacidade da menina, na ocasião, em termos de dar sentido ao “babacar”, Winnicott resolve fazer uma interpretação. Ele diz: “É o interior da mãe de onde o bebê nasce” (Op. cit., p. 24). O analista observa que a interpretação, de imediato, trouxe alívio para Piggie, que lhe responde: “Sim, o interior preto” (Idem).

No momento seguinte da consulta, a brincadeira peculiar que a paciente inicia é bastante significativa e reveladora do que estava acontecendo na situação clínica. A menina enche um balde com brinquedos, ao ponto deste transbordar, o que Winnicott assinala que consistia em um “efeito deliberadamente planejado”, longe de ser acidental. Levando em conta todo o material trazido por sua paciente, até aquele instante (balde transbordando brinquedos; “babacar” como o interior (preto) do corpo da mãe, de onde nasce o bebê; a lâmpada vomitando, etc.), o analista chegou a uma ideia que compartilhou com Piggie: “Winnicott é o bebê de Piggie; ele é muito ávido (*greedy*) porque ama tanto Piggie, sua mãe, e comeu tanto que está

vomitando” (Op. cit., p. 25). Como quem sinaliza a correção da interpretação analítica, a menina comenta: “O bebê de Piggie comeu demais” (Idem).

Por meio de sua interpretação, Winnicott trouxe à luz o que estava acontecendo no plano da transferência analítica. Nesta, tinha lugar um relacionamento mãe-bebê, sendo o analista posicionado como o bebê da paciente (que no contexto, era a sua mãe). Trata-se de um aspecto digno de nota: Winnicott *não* surge aqui, como ocorreu no início da primeira consulta, como uma “pessoa papai” (*daddy person*) (transferência paterna, no sentido do complexo de Édipo), mas comparece como o bebê de Piggie. Entenda-se: o analista era posicionado como um aspecto (ou fragmento) *dissociado* da paciente que, no quarto comentário à consulta em questão, Winnicott denomina “a Gabrielle perdida” (*the lost Gabrielle*) (1977b, p. 31). Seria este o bebê que emergiu naquela transferência: o bebê que Gabrielle um dia foi. O bebê que, consumido pela avidez (*greediness*), devorava impiedosamente a mãe amada, de modo compulsivo e incessante (algo que, de maneira lúdica, já havia sido veiculado na consulta em termos do balde e da lâmpada que, agora compreendemos, devoravam e vomitavam sem parar). Em um dos comentários que fez ao material clínico, inserido à margem do texto, Winnicott escreveu: “Na transferência, Winnicott é o bebê canibal e ávido (*greedy*)” (1977b, p. 26).

Neste ponto, a fim de aprofundarmos o nosso entendimento acerca do fenômeno transferencial em pauta, precisamos esclarecer o que Winnicott entendia por “avidéz” (*greediness*). O sentido que ele atribuía a este termo surge, com particular clareza, quando levamos em conta uma importante distinção proposta pelo autor. “Avidéz (*greediness*) em um bebê”, Winnicott assinala, “*não* é o mesmo que voracidade (*greed*)” (1958c [1956]-a, p. 127, o *itálico* é nosso)⁶⁰.

⁶⁰ Na tradução brasileira do caso Piggie (Winnicott, 1977a), o substantivo *greediness* é substituído por “voracidade” (p. 40), enquanto que em duas diferentes traduções brasileiras do artigo “A tendência antissocial”, realizadas por Bogomoletz (Winnicott, 1958a-a) e Cabral (Winnicott, 1958c [1956]-b), *greediness* e *greed* surgem, respectivamente, como: “sofreguidão” e “voracidade” (p. 412); “avidéz” e “voracidade” (p. 143). Segundo o Dicionário Michaelis (1987, p. 161), o substantivo *greed* corresponde, em língua portuguesa, tanto à palavra “avidéz” como, também, ao termo “voracidade”. O substantivo *greediness*, por sua vez, de acordo com o mesmo dicionário, pode ser traduzido como “ganância”, “sofreguidão” ou “cobiça”. Nesta pesquisa, seguimos a sugestão de Cabral, correspondendo *greediness* e *greed* em língua portuguesa, respectivamente, às palavras “avidéz” e “voracidade”.

No artigo intitulado “A tendência antissocial” (Op. cit.), o autor explora a oposição entre “avidez” e “voracidade” de modo detalhado.

Para Winnicott, a voracidade faz parte do desenvolvimento emocional *saudável*, sendo um aspecto do “impulso de amor primitivo” (*primitive love impulse*) impiedoso. O autor relaciona a voracidade às tremendas exigências instintivas que um bebê faz à sua mãe, em um *momento específico* do processo de maturação: o indivíduo está “começando a permitir a mãe uma existência separada” (1958c [1956]-a, p. 127), contexto em que ocorre a “primeira aceitação do Princípio de Realidade” (Idem). Portanto, o indivíduo voraz já alcançou, em uma medida significativa, integração suficiente para experimentar o seu relacionamento com a mãe como uma interação que acontece entre um “eu” e um “não-eu”⁶¹. A voracidade pressupõe essa aquisição. Mais do que isto: a voracidade, em si mesma, é uma conquista (*achievement*) maturacional. É preciso pensar, Winnicott sugere, em uma *capacidade* para ser voraz. A adaptação materna às necessidades egóicas do bebê (relativas à pressão imposta pelas exigências instintuais) permite a este o acesso ao amor voraz. Notemos, de passagem, que o conceito de amor voraz ilustra, em termos do erotismo oral, o fato de que a sexualidade infantil é pensada, na perspectiva winnicottiana, como uma *aquisição*, relativa ao processo de amadurecimento emocional⁶².

Em contraste com a voracidade e apesar de consistir em um fenômeno muito comum durante o desenvolvimento emocional infantil, a avidez *não* era considerada, pelo autor, como peculiar à maturação saudável. Para Winnicott, trata-se de *um sintoma precoce da tendência antissocial*, sintoma precursor do roubar (que, segundo ele, está no centro da referida psicopatologia). A avidez seria então fruto da “deprivação” (*deprivation*), isto é, da perda, súbita e radical, de um meio ambiente facilitador que, até então, no âmbito do processo de maturação do indivíduo, fora suficientemente bom. Ao perder o ambiente, o

⁶¹ Não estamos sugerindo que, na perspectiva de Winnicott, tal relacionamento ocorre entre duas “pessoas inteiras” (*whole persons*). No presente estudo, tivemos a oportunidade de assinalar a sofisticação que caracteriza, em termos do amadurecimento emocional, o indivíduo capaz de viver como uma “pessoa inteira”. A propósito deste conceito de voracidade, o autor alude a um momento mais primitivo do desenvolvimento emocional, anterior ao advento da “pessoa inteira”. Por outro lado, não faria sentido afirmar que a voracidade, a rigor, participa da relação do bebê com o objeto subjetivo, pois, neste contexto, o indivíduo não é suficientemente maduro para ser voraz.

⁶² Cf. Lejarraga (2012) e Loparic (2005).

indivíduo é forçado a *reagir* contra essa falha ambiental: a voracidade cede lugar à avidez. O desenvolvimento do ego (estrutura básica da personalidade), em termos do erotismo oral, é então perturbado. Ou, como Winnicott às vezes escreve, tal desenvolvimento sofre “distorção”. A avidez, em certo sentido, é uma distorção da voracidade. O bebê, agora ávido, é insaciável em sua demanda instintiva e dirige ao ambiente, de modo compulsivo, uma exigência: receber os cuidados (“terapia”) capazes de curá-lo dos efeitos nocivos da privação. Não por acaso, o indivíduo endereça ao ambiente tal solicitação: quando ocorreu a privação, já dispunha de maturidade suficiente para “*perceber que a causa do desastre (disaster) reside em uma falha ambiental*” (Winnicott, 1958c [1956]-a, p. 129, os itálicos são do autor).

Retomando o exame da segunda consulta no ponto em que havíamos parado, observamos novos aspectos no plano da transferência analítica. A “cooperação inconsciente” (*unconscious co-operation*) (Winnicott, 1965d [1962]) de Piggle naquela consulta foi, em boa medida, *trazer para o campo da transferência analítica um aspecto da personalidade da paciente que, até então, estava dissociado*. Tal aspecto dissociado (“Gabrielle perdida”) consistiu na Gabrielle que havia sofrido privação⁶³ e que, em decorrência, fora forçada a substituir voracidade por avidez, no âmbito do seu relacionamento com a mãe. Na transferência, Winnicott estava posicionado como a Gabrielle ávida,

⁶³ O estudo do caso clínico leva a crer que Piggle, na avaliação de Winnicott, não havia sofrido “privação” (*privation*). Isto é: o psicanalista parecia considerar que a sua paciente, de fato, havia tido um início “suficientemente bom” em termos de adaptação ambiental (materna e paterna) às necessidades do ego. Diversos detalhes, presentes no relato clínico, encaminham o pesquisador nesta direção. Por exemplo: a convicção com que Winnicott afirma, quando introduz a narrativa, que havia uma evidente “saúde essencial” (*essential health*) na personalidade da menina, ideia que reencontramos, em outros termos, no âmbito do comentário 1 à primeira consulta: a afirmação “eu sou tímida”, feita por Piggle, consistia em “uma evidência de organização e força de ego” (1977b, p. 17). Por outro lado, a “grande mudança” (*great change*) (Op. cit., p. 6) que eclodiu em Gabrielle, quando esta contava com 21 meses de idade, imediatamente depois do nascimento de sua irmã Susan, foi contemporânea do surgimento de ansiedades nos pais da paciente e, em especial, na mãe. Em uma carta enviada a Winnicott logo após a 12ª consulta, a mãe da menina revela algo decisivo e esclarecedor, em termos da etiologia do caso: “Minhas ansiedades eram *muito intensas* na época do nascimento de Susan – não me recordo se lhe disse que tenho um irmão, do qual me resenti imensamente, que nasceu quando eu tinha quase exatamente a mesma idade que Gabrielle, quando Susan nasceu” (1977b, p. 161, os itálicos são nossos). Escorados nesta revelação, podemos supor que a mãe da paciente, por ocasião do nascimento de Susan, *teria revivido de modo intenso a penosa situação que fez parte de seu passado infantil, reviver que foi acompanhado pelo despertar de intensas ansiedades e defesas a ela associadas*. Tal fator, somado à necessidade da mãe de ser capaz de se comunicar, com empatia, com o novo bebê, teria resultado numa significativa perda de contato psíquico com Piggle, o que equivale a dizer que esta teria perdido, de modo súbito e em grande medida, o meio ambiente facilitador (deprivação).

bebê canibal e insaciável, que Piggie não conseguia integrar em si mesma. Ela tinha a *necessidade egóica* de integrar, por meio da experiência obtida na relação com outro ser humano, esse aspecto de sua vida instintiva e, desta forma, alcançar a capacidade de ser voraz. Com base nessa necessidade de ego, Piggie faz surgir essa variedade clínica de transferência analítica.

É interessante observar a maneira pela qual Winnicott, naquela ocasião, trabalhou clinicamente com a transferência analítica. Por um lado, com base no material que havia sido fornecido pela paciente, ele realiza uma interpretação, que revela o que estava acontecendo no plano transferencial: Winnicott era o bebê ávido de Piggie. Por outro lado, através de um manejo (*management*), ele passa a interagir com a menina, ludicamente, como o bebê ávido. Até o final da consulta, ele se mantém neste lugar (*holding*), mesmo quando, movida por suas ansiedades, a menina parece tentar fazê-lo “sair” do papel. Winnicott “encarna” a personagem, dá vida a ela⁶⁴ brincando, o que permite a Piggie a *experiência* de que ela necessitava (*necessidade egóica*): contatar com a “Gabrielle perdida” (dissociada), visando integrá-la à sua personalidade.

Sentado no chão, o psicanalista-bebê mostra-se muito zangado quando Piggie, num desdobramento significativo da brincadeira, afirma que também é um bebê, um bebê que nasce incessantemente por entre as pernas do pai-mãe (que estava presente na sala, em virtude de outro manejo realizado por Winnicott). Portanto, naquela consulta, Piggie parece ter reproduzido a totalidade da cena traumática: de um lado, o novo bebê nasce incessantemente; de outro, a “Gabrielle perdida” e deprivada, devorando e vomitando eternamente a mamãe, opõe-se ao nascimento do novo bebê.

Ao final da consulta, Piggie transforma-se em um “leão”. “Eu sou um leão” (1977b, p. 30), diz ela; um “bebê leão” (*lion baby*) que ruga ameaçadoramente, com vitalidade genuína, o que levou Winnicott a conduzir-se como quem sente medo de ser devorado. Ele escreve: “Parecia que o leão era um retorno da minha avidez (*greediness*) como o bebê Winnicott, que queria tudo e queria ser o único bebê” (Op. cit., p. 30). Portanto, o analista supõe que Piggie, em decorrência do trabalho realizado durante a consulta, começava a integrar à sua personalidade o aspecto de si mesma, antes

⁶⁴ Naffah Neto, no contexto de uma comunicação pessoal, sublinhou a semelhança desta intervenção de Winnicott com os procedimentos técnicos que caracterizam o Psicodrama.

dissociado: a “Gabrielle perdida”. O bebê leão é a “Gabrielle voraz”, e Winnicott, amedrontado, ocupa o lugar da mãe que é objeto do impulso amoroso primitivo (impiedoso).

Ao mesmo tempo, a paciente, que tinha “acabado de nascer” (ao representar o papel do novo bebê), faz outro comentário significativo: referindo-se ao interior do corpo do pai-mãe, declara que “não era preto lá dentro” (1977b, p. 30) (1977, p. 30). À margem do texto, Winnicott escreve: “Primeiro alívio da fobia pelo preto (*black phobia*)” (Idem). Se recordarmos, aqui, que o “babacar” significava, no contexto daquela consulta, “o interior do corpo da mãe, de onde surge o bebê”, seremos conduzidos à ideia de que Piggie, durante a brincadeira, para além de representar o nascimento do “novo bebê”, *também* (paradoxo) brincava de entrar e sair do “babacar”. Com o surgimento da voracidade (*greed*) em Gabrielle, o ódio pela mãe e pelo bebê pôde ser mais bem assimilado, o que fez o “preto” (fruto de projeções) se dissipar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do capítulo 1, pudemos verificar que Winnicott, *de fato*, reavalia e reposiciona o lugar da vida instintiva (ou id) e das relações de objeto propriamente ditas no âmbito do processo de maturação dos seres humanos. Mais do que isso, pudemos visualizar algo da *maneira* pela qual ele realiza esse reposicionamento, a propósito de sua teoria sobre a origem do ego, durante o estágio da dependência absoluta. Nesse contexto, observamos que, segundo Winnicott, o recém-nascido: (1) *não* é capaz de experimentar a vida instintiva enquanto tal; (2) *não* é capaz de estabelecer relações de objeto propriamente ditas.

Winnicott considera que os impulsos instintivos, embora presentes na vida humana desde o início, precisam ser gradualmente apropriados (integrados) por parte do bebê, mediante o auxílio facilitador dos cuidados maternos. Num momento tão precoce do amadurecimento, o id é “externo” à experiência do bebê. Só pouco a pouco, quando tudo corre suficientemente bem, o indivíduo alcança a capacidade de experimentar, de modo real e pessoal, os impulsos instintivos. Ao mesmo tempo, Winnicott propõe que o recém-nascido, em decorrência de sua enorme imaturidade, só é capaz de estabelecer dois tipos de relacionamento: a relação com o objeto subjetivo (*subjective object*) (durante os estados excitados); a relação-de-ego (*ego-relatedness*) com a mãe-ambiente (durante os estados tranquilos). Para o autor, nenhuma dessas relações pode ser caracterizada como uma relação de objeto propriamente dita.

Durante o referido capítulo, tivemos também a oportunidade de discernir importantes aspectos relativos à teoria winnicottiana sobre o ego: os processos que compõem a sua maturação (isto é: integração, personalização e início das relações objetais), algumas das articulações conceituais que o vinculam, de

modo estreito, a outras noções elaboradas pelo autor (por exemplo: tendência inata à integração em uma unidade, dependência humana, elaboração imaginativa das funções corporais, psique, verdadeiro *self*, falso *self*, gesto espontâneo, instinto), bem como as profundas implicações que o conceito traz para a psicopatologia e para a clínica psicanalítica. No que tange a este último aspecto, enfatizamos a importância do conceito de ego no âmbito da concepção winnicottiana acerca dos distúrbios psicóticos e da clínica psicanalítica que estes exigem (a saber: a análise modificada, obtida através de intervenções de manejo sobre o *setting* da análise padrão e, com frequência, sobre o ambiente familiar e/ou social do paciente).

Sublinhamos, ainda, que na perspectiva de Winnicott, a *transferência analítica*, durante a análise do paciente psicótico, ou mesmo, nos momentos ou fases psicóticas do tratamento de pacientes neuróticos ou de pessoas normais, é centrada nas necessidades egóicas (*ego needs*), decorrência clínica das perturbações que afetaram o desenvolvimento da estrutura básica da personalidade.

Por fim, fizemos notar que o desenvolvimento do ego, para o autor, abrange diversos estágios, da etapa da dependência absoluta até a conquista do estágio do *concern*, o que implica no fato de que durante o capítulo 1 examinamos, tão somente, o primeiro estágio da maturação egóica.

No capítulo 2, trouxemos alguns aspectos que compõem o modo com o qual Winnicott *reinterpretou*, à luz de suas descobertas acerca do processo de maturação humano, bem como com base em seus achados relativos ao campo da psicopatologia psicanalítica, o modelo teórico de Freud sobre o fenômeno clínico neurose de transferência. Para o pediatra e psicanalista, a neurose de transferência: (1) consiste em *uma* das variedades clínicas da transferência analítica (cada vez mais rara, segundo ele, nos consultórios dos psicanalistas); (2) implica, em termos do processo de maturação do paciente, na presença de um ego intacto (isto é: o paciente existe como uma pessoa inteira, sendo capaz de experimentar o analista como outra pessoa inteira, no contexto da dinâmica triangular, a três corpos, que caracteriza a situação edípica), bem como na possibilidade de posicionar o analista como um fenômeno transicional (o que está ligado à qualidade *simbólica*, assinalada por ele nesta variedade de transferência); (3) traz consigo os aspectos relativos à vida instintiva do

indivíduo que, de fato, ele ainda não logrou *integrar* em sua personalidade, de modo mais real e pessoal, sem recorrer ao mecanismo da repressão; (4) faz emergir, no âmbito da relação do paciente com o psicanalista, as diversas facetas que compõem a organização defensiva contra a ansiedade de castração (neurose); (5) implica, no plano da dimensão temporal, em que o passado (infantil) do paciente venha até o presente (o paciente *revive*, na análise, experiências relativas à sua infância); (6) demanda que os cuidados analíticos sejam ofertados, basicamente, em termos da análise padrão, método em que a interpretação é mais importante do que as intervenções de manejo.

Ainda no mesmo capítulo, entramos em contato com a transferência relativa aos casos *borderline*, bem como aos momentos ou fases psicóticas de pacientes neuróticos ou de pessoas normais. A propósito dessa variedade clínica de transferência, Winnicott assinala: (1) consiste em uma forma de transferência *distinta* da neurose de transferência; (2) implica, em termos do processo de maturação do paciente, na *ausência* de um ego intacto (isto é: o paciente *não* existe como uma pessoa inteira, *não* sendo capaz de estabelecer relações de objeto propriamente ditas); (3) é centrada nas necessidades egóicas do paciente; (4) faz emergir, no âmbito da relação do paciente com o psicanalista, as diversas facetas que compõem a organização defensiva contra as agonias primitivas e impensáveis (psicose); (5) implica, no plano da dimensão temporal, em um retorno do presente ao passado, situação em que o presente é o passado (o paciente *experimenta* na análise, muitas vezes pela *primeira* vez, aspectos relativos aos estágios mais primitivos do amadurecimento); (6) demanda que os cuidados analíticos sejam ofertados, basicamente, em termos da análise modificada, método em que o manejo é mais importante do que a interpretação.

Ao longo do quarto capítulo, com base no estudo de material clínico selecionado do caso Piggie (1977b), foi possível constatar que a transferência analítica, no contexto da prática clínica de Winnicott, *de fato*, não se resume à diferenciação, proposta pelo autor, entre a neurose de transferência e a transferência de qualidade psicótica. Verificamos que o pediatra e psicanalista concebia outras formas transferenciais que podem ser visualizadas à luz de sua teoria acerca do desenvolvimento emocional (em termos de ego ou estrutura básica da personalidade, vida instintiva e relações de objeto

propriamente ditas). Explicitamos os seguintes aspectos da transferência analítica: capacidade de confiar no analista; necessidade egóica de o paciente criar, de modo onipotente, o analista (em relação com um aspecto do *setting* psicanalítico: a frequência e o ritmo das consultas); capacidade para estar só em presença do analista; organização e força de ego na transferência; transferência paterna (à luz da teoria winnicottiana acerca da situação edípica da menina); erotismo oral na transferência (no que se refere à oposição, estabelecida pelo autor, entre avidez e voracidade).

Primeiramente, cabe assinalar que nosso estudo revelou que Winnicott atribuía valor à presença da confiança, no âmbito da transferência analítica, aspecto relativo ao desenvolvimento do ego (estrutura básica da personalidade). Tal valorização pôde ser observada, no material clínico examinado, em três planos: a transferência que a paciente dirigia ao seu analista; a transferência que os pais da paciente dirigiam ao analista; a interação mútua dos dois planos transferenciais referidos anteriormente. Constatamos, também, que o autor atribuiu a esse aspecto da transferência um papel decisivo, em termos dos resultados obtidos na análise.

Nossa pesquisa nos levou a perceber, por outro lado, o estreito vínculo que une o método sob a demanda e um aspecto transferencial (relativo à maturação do ego), a saber: a necessidade egóica de Piggie criar, de modo onipotente, o analista. Observamos que as consultas da análise foram realizadas sob a demanda (*on demand*) porque Winnicott visava, por meio desse manejo cuidadoso da temporalidade do processo terapêutico, adaptar-se ativa e sensivelmente às necessidades de Piggie. Nesse sentido, trabalhar sob a demanda implicou em realizar um trabalho analítico *rigorosamente* orientado pelo ritmo das necessidades da paciente. Compreendemos que “sob a demanda” (*on demand*) significa, em verdade, “sob a necessidade” (*on need*). Em termos mais precisos, o trabalho clínico com Piggie parece ter sido conduzido de modo a lhe fornecer *a experiência de que o analista, a cada vez, foi criado pelo seu gesto*. Concluimos que é difícil explicar o método de psicanálise sob a demanda fazendo referência, *unicamente*, a um modelo teórico que concebe a transferência em termos da vida instintiva e das relações de objeto propriamente ditas.

No que se refere à capacidade de Piggie estar só na presença do analista, encontramos os seguintes aspectos: (1) tal transferência *não* implicava em qualquer relacionamento objetal propriamente dito e, tampouco, acontecia em termos de um relacionamento excitado com o analista; (2) trata-se de uma variedade clínica da transferência em que há um tipo de experiência paradoxal do analista, em termos da oposição presença-ausência (isto é: Winnicott estava e não estava lá); (3) naquele momento avançado do tratamento (12ª consulta), a capacidade de estar só em presença do analista, enquanto fenômeno de transferência, implicava em todo um desenvolvimento emocional anterior, em termos das conquistas relativas aos estágios do *concern* e do complexo de Édipo; (4) tal variedade clínica de transferência, em termos do processo analítico, tem uma importância dinâmica decisiva: contexto transferencial que funciona como “quadro-continente” para as transferências excitadas; (5) cabe também notar, a propósito da experiência da menina de ter estado só na sessão analítica, que além de remeter à *capacidade* de estar só, o acontecimento transferencial se deveu, também, à necessidade de estar só em presença do analista.

Outro aspecto que nos chamou a atenção ao estudar o caso Piggie foi a ênfase que Winnicott deposita sobre a “organização e força de ego”, em termos da sua avaliação clínica. No âmbito de seu primeiro comentário à primeira consulta, ele assinala algo que, a um só tempo, refere-se ao diagnóstico da paciente e à transferência analítica: segundo ele, o “eu sou”, presente na afirmação “eu sou tímida demais!”, equivale ao “EU SOU” enquanto conquista relativa ao processo de maturação. Isto é, Piggie teria posicionado o analista, no plano transferencial, como uma alteridade (“não eu”). Sublinhamos que esse fenômeno de transferência se harmonizava com outra afirmação de Winnicott: Piggie dispunha de uma “saúde essencial” (*essential health*). Por outro lado, verificamos que a narrativa clínica mostra que a paciente, no contexto do início da análise, ainda não tinha alcançado a capacidade de experimentar a ambivalência de modo consistente. Ela ainda não dispunha de uma sólida estrutura básica da personalidade (ou ego), o que ganhava expressão clínica nos fenômenos de qualidade paranoide (frutos da projeção do ódio).

Ao mesmo tempo, no contexto da mesma consulta, observamos que Winnicott pensava ter sido posicionado na transferência analítica por sua

paciente como uma “pessoa papai” (*daddy person*). Consideramos que tal transferência paterna foi um dos indícios clínicos de que Piggie estava às voltas com as problemáticas peculiares ao estágio do complexo de Édipo.

Finalmente, observamos o trabalho de Winnicott no que se refere à presença do erotismo oral na transferência, mais especificamente, em termos da oposição, estabelecida pelo autor, entre avidez (*greediness*) e voracidade (*greed*). No contexto da segunda consulta, Piggie posicionou o analista, transferencialmente, como um aspecto dissociado de si mesma (a “Gabrielle perdida”), aspecto ávido em decorrência da privação sofrida pela paciente. Tendo percebido o que estava acontecendo na transferência, Winnicott “encarna” ludicamente o papel que lhe estava sendo atribuído (manejo), o que permitiu à paciente obter a experiência de contato com o fragmento dissociado de si. O posterior surgimento do “bebê leão” sublinhou o desdobramento do processo de integração e da conquista da capacidade para ser voraz.

Por fim, nos agrada pensar que os resultados obtidos nesta pesquisa, permitindo entrever a riqueza da contribuição winnicottiana às reflexões psicanalíticas sobre a transferência, venham a fornecer, de algum modo, elementos e reflexões para a realização de novos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abram, J. (1996). *The language of Winnicott: a dictionary of Winnicott's use of words*. London: Karnac Books.
- Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott. Dicionário das Palavras e expressões Utilizadas por Donald W. Winnicott* (M. D. G. d. Silva, Trans.). Rio de Janeiro: Revinter (Trabalho original publicado em 1996).
- Abram, J. (2008). Education Section - Donald Woods Winnicott (1896–1971): A brief introduction. *Int J Psychoanal*, 89 (6), 1189 - 1217.
- Anfusso, A., & Indart, V. (2009). *De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?* Montevideo: : Editorial Psicolibros - Waslala.
- Cesarino, M. M. (2013). *A noção de manejo na obra de D. W. Winnicott*. Tese de Doutorado, PUC Campinas.
- Dethiville, L. (2013). *Donald W. Winnicott: uma nova abordagem* (R. Signer, Trans.). Campinas, SP: Armazém do Ipê (Trabalho original publicado em 2008).
- Deus, R. T. d. (2011). Um aspecto do manejo na análise de uma paciente psicótica: o valor clínico do acompanhamento terapêutico. In A. E. A. Antúnez (Ed.), *Acompanhamento Terapêutico: casos clínicos e teorias*. São Paulo: Casa do Psicólogo Editora.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, E. O. (2011a). A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista *Sobre a confiabilidade e outros estudos* (pp. 69-87). São Paulo: DWW Editorial.
- Dias, E. O. (2011b). *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW Editorial.
- Dias, E. O. (2011c). A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. In E. O. Dias & Z. Loparic (Eds.), *Winnicott na escola de São Paulo* (pp. 193-210). São Paulo: : DWW Editorial (Texto original publicado em 2008).
- Fontes, I. (2011). A inquietante estranheza da transferência: convergências entre D. W. Winnicott e P. Fédida. In R. Reis (Ed.), *O pensamento de Winnicott: a clínica e a técnica* (pp. 121-128). São Paulo: DWW Editorial.
- Freud, S. (2010a). A dinâmica da transferência (P. C. d. Souza, Trans.) *Sigmund Freud. Obras Completas. Volume 10. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia ("O Caso Schreber"), artigos sobre técnica e outros textos [1911-1913]* (pp. 133-146). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2010b). Introdução ao Narcisismo (P. C. Sandler, Trans.) *Introdução ao Narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros temas - Obras Completas* (Vol. 12, pp. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (2010c). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia ("O caso Scherber", 1911) (P. C. d. Souza, Trans.) *Sigmund Freud. Obras Completas. Volume 10. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia ("O Caso Schreber"), artigos sobre técnica e outros textos [1911-1913]* (pp. 13-107). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2010d). Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) (P. C. d. Souza, Trans.) *Sigmund Freud. Obras Completas. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia ("O Caso Schreber"), Artigos sobre técnica e outros textos [1911-1913]* (Vol. 10, pp. 193-209). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Freud, S. (2011). "Psicanálise" e "Teoria da libido" (dois verbetes para um dicionário de sexologia, 1923) (P. C. d. Souza, Trans.) *Sigmund Freud. Obras Completas. Volume 15. Psicologia das massas e análise do eu e outros textos [1920-1923]* (pp. 273-308). São Paulo: Companhia das Letras.

- Fulgencio, L. (2007). Bibliografia Winnicottiana. *Natureza Humana*, 9 (número 1, especial), p. 17-188.
- Fulgencio, L. (2008). O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 124-136.
- Fulgencio, L. (2010). Aspectos gerais da rescrição winnicottiana dos conceitos fundamentais da psicanálise freudiana. *Psicologia USP*, 21(1), 99-125.
- Fulgencio, L. (2011a). Compulsão à repetição e regressão à dependência em Winnicott. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14 (1), março, 96-109.
- Fulgencio, L. (2011b). A importância da noção de experiência no pensamento de D. W. Winnicott. *Estud. psicol. (Campinas) [online]*, vol.28, n.1, Jan/Mar, 57-64. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n1/a06v28n1.pdf>
- Fulgencio, L. (2011c). Winnicott e uma psicanálise sem metapsicologia. In E. O. Dias & Z. Loparic (Eds.), *Winnicott na Escola de São Paulo* (pp. 29 - 58). São Paulo: DWW editorial (Trabalho originalmente publicado em 2006).
- Fulgencio, L. (2012). *Modos de ser en la relación paciente-analista según Winnicott: observaciones acerca de las relaciones con el ambiente en el proceso analítico*. Paper presented at the XXI Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Donald W. Winnicott: 'Dialogando con Winnicott en el siglo XXI', Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires.
- Fulgencio, L. (no prelo-a). *Aspectos diferenciais da noção de Ego e de Self na obra de Winnicott*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida. PUC-Campinas. Campinas - São Paulo.
- Fulgencio, L. (no prelo-b). *A noção de id para Winnicott*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida. PUC - Campinas. Campinas, SP
- Gadamer, H.-G. (2008). *Verdade e Método: Traços Fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (F. P. Meurer, Trans. 7ª ed. Vol. 1). Rio de Janeiro: Vozes.
- Gardini, R. D. B. (1995). A regressão e os seus usos no tratamento: uma elaboração do pensamento de Winnicott. (J. O. d. A. Abreu, Trans.). In P. L. Giovacchini (Ed.), *Táticas e técnicas psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 150-162.). Porto Alegre: : Artes Médicas (Obra original publicada em 1990).
- Greenberg, R. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. . Cambridge, Massachusetts and London, England: Harvard University Press.
- Hisada, S. (2002). *Clínica do Setting em Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Houaiss, A., & Villar, M. d. S. (2001). Dicionário Houaiss da língua portuguesa. In I. A. H. d. L. e. B. d. D. d. L. P. S. C. Ltda (Ed.), *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Januário, L. M., & Tafuri, M. I. (2010). A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. *Psicol. Clin. [on line]*, 22, n. 1, 57-70. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n1/a04v22n1.pdf>
- Khan, M. M. R. (1958a). Introduction. In D. W. Winnicott (Ed.), *Through paediatrics to psychoanalysis: collected papers* (pp. XI-L). New York & London: : Brunner-Routledge.
- Kupermann, D. (2008). Presença sensível. A experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. In D. Kupermann (Ed.), *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica* (pp. 83-108). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Lagache, D. (1990). *A transferência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J., & Pontalis. (1995). *Vocabulário de Psicanálise* (P. Tamen, Trans.). São Paulo: Martins Fontes (Obra original publicada em 1987).
- Lejarraga, A. L. (2008). Reflexões sobre a noção winnicottiana de necessidades egóicas In J. Outeiral, A. Melgaço & N. Armony (Eds.), *Winnicott - Seminários Cariocas* (pp. 179 - 192). Rio de Janeiro: Revinter.

- Lejarraga, A. L. (2012). *O amor em Winnicott*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Lins, M. I. A. (2002). O self e o ego na obra de D. W. Winnicott. *Rev. bras. psicanál*, vol. 36, n. 4, 779-805.
- Little, M. I. (1990). *Psychotic anxieties and containment: a personal record of an analysis with Winnicott*. Northvale, New Jersey and London: Jason Aronson Inc., 1990.
- Loparic, Z. (2000). O animal humano. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 2(2), 351-397. Retrieved from <http://www.centrowinnicott.com.br/saopaulo/uploads/c93f7194-2e1f-d8fc.pdf>
- Loparic, Z. (2001). Esboço do Paradigma Winnicottiano. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, 11(2), 7-58. Retrieved from <http://www.cle.unicamp.br/cadernos/pdf/Zeljiko%20Loparic.pdf>
- Loparic, Z. (2005). Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Nat. hum. [online]*, 7, n.2, 311-358. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v7n2/v7n2a01.pdf>
- Loparic, Z. (2011). De Freud à Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. In E. O. Dias & Z. Loparic (Eds.), *Winnicott na Escola de São Paulo* (pp. 29 - 58). São Paulo: DWW editorial (Trabalho originalmente publicado em 2006).
- Macedo, H. O. d. (1999). A Metapsicologia do Ego em Winnicott. In *Do amor ao pensamento: a psicanálise, a criação da criança e D. W. Winnicott* (pp. 103-119). São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.
- Mello Filho, J. d. (2001). *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott* (1ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Michaelis. (Ed.) (1987). São Paulo: Melhoramentos.
- Minerbo, M. (2012). *Transferência e contratransferência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moya-Plana, F.-X., & Arxangioli, A.-M. (2001). M. Um caso de D. W. Winnicott: a pequena Piggie ou a mãe suficientemente boa. In J. D. Nasio (Ed.), *Os Grandes Casos de Psicose* (pp. 85-108). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Naffah Neto, A. (2005). Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. *Nat. hum. [online]*, 7 (2)(1517-2430). Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v7n2/v7n2a05.pdf>
- Naffah Neto, A. (2007a). A noção de experiência no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise. *Nat. hum. [on line]*, 9 (2), 221-242. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v9n2/v9n2a01.pdf>
- Naffah Neto, A. (2007b). A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: Revisitando Winnicott. *Rev. Bras. Psicanál [on line]*, 41 (4), 77-88. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v41n4/v41n4a08.pdf>
- Naffah Neto, A. (2010). As funções da interpretação psicanalítica em diferentes modalidades de transferência: as contribuições de D. W. Winnicott. *J. psicanal. [on line]*, 43 (78), 79-90. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v43n78/v43n78a06.pdf>
- Naffah Neto, A. (2012a). A construção do psiquismo: a singularidade da perspectiva winnicottiana, diferindo de Freud, Klein e Bion. In I. Z. Sucar (Ed.), *Winnicott - Ressonâncias* (pp. 61-72). São Paulo: Primavera Editora.
- Naffah Neto, A. (2012b). Sobre a elaboração imaginativa das funções corporais: corpo e intersubjetividade na constituição do psiquismo. In N. Coelho Junior, P. Salem & P. Klautau (Eds.), *Dimensões da Intersubjetividade* (pp. 39-56). São Paulo: . Escuta/Fapesp.
- Phillips, A. (2007). *Winnicott*. London, England: Penguin Books (Original work published in 1988).
- Safra, G. (2005). *Revisitando Piggie: um caso de psicanálise segundo a demanda*. São Paulo: Sobornost.
- Safra, G. (2008). O pensamento de Winnicott: perspectivas epistemológicas, metodológicas e antropológicas subjacentes. Curso ministrado em 2008. (CD-Áudio-MP3). São Paulo: Edições Sobornost.

- Sechehaye, M. A. (1984). *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica: exposición de un nuevo método psicoterapêutico*. México: Fondo de Cultura Económica (Obra original publicada em 1947).
- Vaisberg, T. M. J. A. (2004). *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Ideias e Letras.
- Vaisberg, T. M. J. A. (2006a). O ser e o fazer na clínica ampliada e a radicalidade psicopatológica do pensamento de D. W. Winnicott. In D. Calderoni (Ed.), *Psicopatologia: clínicas de hoje* (pp. 109-120). São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.
- Vaisberg, T. M. J. A. (2006b). A Psicopatologia como teoria do sofrimento humano no pensamento de D. W. Winnicott. In I. F. d. Motta (Ed.), *Psicanálise no século XXI: as conferências brasileiras de Robert Rodman* (pp. 265-284). Aparecida, SP: Ideias e Letras.
- Vaisberg, T. M. J. A. (2012). Paradoxo e loucura: a radicalidade do pensamento psicopatológico de D. W. Winnicott. In I. Z. Sucar & H. d. M. Ramos (Eds.), *Winnicott - Ressonâncias* (pp. p. 231-238). São Paulo: Primavera Editorial.
- Vilete, E. P. (2013). Regressão no processo analítico: a visão de Winnicott. In *Sobre a arte da psicanálise* (pp. 28-39). São Paulo: Ideias & Letras.
- Winnicott, D. W. (1949k). Weaning. In *The child, the family, and the outside world* (pp. 80-84). London: Penguin Books, 1991.
- Winnicott, D. W. (1955c [1954]). The depressive position in normal emotional development. In *Through paediatrics to psycho-analysis: collected papers* (pp. 262-277). New York & London: Brunner-Routledge, 1992.
- Winnicott, D. W. (1955d [1954]). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. In *Through paediatrics to psycho-analysis: collected papers* (pp. 278-294). New York & London: Brunner-Routledge, 1992.
- Winnicott, D. W. (1956a [1955]). Clinical varieties of transference. In *Through paediatrics to psycho-analysis: collected papers* (pp. p. 295-299). New York & London: : Brunner-Routledge, 1992.
- Winnicott, D. W. (1958a-a). *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (D. L. Bogomoletz, Trans.). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, D. W. (1958a-b). *Through paediatrics to psycho-analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, 1992.
- Winnicott, D. W. (1958c [1956]-a). The antisocial tendency. In *Deprivation and Delinquency* (pp. 120-131). London & New York: : Routledge, 1997.
- Winnicott, D. W. (1958c [1956]-b). A Tendência Anti-Social (Á. Cabral, Trans.) *Privação e Delinquência* (pp. 135-147). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1958g [1957]). The capacity to be alone. In *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development* (pp. 29-36). London and New York: Karnac Books, 2007.
- Winnicott, D. W. (1960c). The theory of the parent-infant relationship. In *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development* (pp. 37-55). London and New York: Karnac Books, 2007.
- Winnicott, D. W. (1963a [1962]). Dependence in infant-care, in child-care, and in the psycho-analytic setting. In *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development* (pp. 249-259). London and New York: Karnac Books, 2007,.
- Winnicott, D. W. (1964e [1963]). The value of depression. In *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst* (pp. 71-79). New York & London: W. W. Norton & Company, 1990.
- Winnicott, D. W. (1965b-a). *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. London and New York: Karnac Books, 2007.

- Winnicott, D. W. (1965b-b). *O Ambiente e os Processos de Maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, Trans.). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965d [1962]). The aims of psycho-analytical treatment. In *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development* (pp. 166-170). London and New York: Karnac Books, 2007.
- Winnicott, D. W. (1965m [1960]). Ego distortion in terms of true and false self. In *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development* (pp. 140-152). London and New York: Karnac Books, 2007.
- Winnicott, D. W. (1965n [1962]). Ego integration in child development. In *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development* (pp. 56-63). London and New York: Karnac Books, 2007.
- Winnicott, D. W. (1965vc [1962]). Providing for the child in health and in crisis. In *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development* (pp. 64-72). London and New York: Karnac Books, 2007.
- Winnicott, D. W. (1965vd [1963]). Psychiatric disorder in terms of infantile maturational processes. In *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development* (pp. 230-241). London and New York: Karnac Books, 2007.
- Winnicott, D. W. (1968c [1967]). The concept of clinical regression compared with that of defence organisation. In *Psycho-analytic explorations: D. W. Winnicott* (pp. 193-199). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992.
- Winnicott, D. W. (1969i [1968]). The use of an object and relating through identifications. In *Playing and Reality* (pp. 86-94). London and New York: Routledge, 1997.
- Winnicott, D. W. (1971b). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London: Karnac Books, 1996.
- Winnicott, D. W. (1971d [1970]). On the basis for self in body. In *Psycho-analytic explorations: D. W. Winnicott* (pp. 261-283). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992.
- Winnicott, D. W. (1971f [1967]). The concept of a healthy individual. In *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst* (pp. 21-38). New York & London: W. W. Norton & Company, 1990.
- Winnicott, D. W. (1977a). *The Piggle. Relato do Tratamento Psicanalítico de uma menina* (E. P. Vieira & R. d. L. Martins, Trans. 2ª ed.). Rio de Janeiro Imago Ed., 1987.
- Winnicott, D. W. (1977b). *The Piggle: an account of the psychoanalytic treatment of a little girl*. London: Penguin Books, 1991.
- Winnicott, D. W. (1984e [1969]). Freedom. In *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst*. (pp. 228-238). New York & London: W. W. Norton & Company, 1990.
- Winnicott, D. W. (1984h [1968]). Sum, I Am. In *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst* (pp. 55-64). New York & London: W. W. Norton & Company, 1990.
- Winnicott, D. W. (1984i [1961]). Varieties of psychotherapy. In *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst* (pp. p. 101-111). New York & London: W. W. Norton & Company. 1990.
- Winnicott, D. W. (1986a). *Holding and interpretation: fragment of an analysis*. New York: Grove Press, 1989.
- Winnicott, D. W. (1986f [1970]). Cure. In *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst* (pp. 112-120). New York & London, 1990: W. W. Norton & Company.
- Winnicott, D. W. (1986k [1961]). Psychoanalysis and science: friends or relations?. In *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst* (pp. p. 13-18). New York & London: W. W. Norton & Company, 1990.
- Winnicott, D. W. (1987b). *The spontaneous gesture: selected letters of D. W. Winnicott*. London: Karnac Books, 1999.

- Winnicott, D. W. (1987e [1966]). The ordinary devoted mother. In *Babies and their mothers*. London: Free Association Books, 1988.
- Winnicott, D. W. (1988). *Human nature*. New York & London: Routledge.
- Winnicott, D. W. (1989a). *Psycho-analytic explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992.
- Winnicott, D. W. (1989n [1970]). Individuation. In *Psycho-analytic explorations: D. W. Winnicott* (pp. 284-288). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992.
- Winnicott, D. W. (1989vi [1961]). Psycho-neurosis in childhood. In *Psycho-analytic explorations: D. W. Winnicott* (pp. p. 64-72). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992.