

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA

JULIANA VALLE VERNASCHI

**Contratransferência nas clínicas de Winnicott: envolvimento,  
desafios e tarefas de cuidado do analista**

**SÃO PAULO  
2024**

JULIANA VALLE VERNASCHI

**Contratransferência nas clínicas de Winnicott: envolvimento,  
desafios e tarefas de cuidado do analista**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos  
Pós-Graduados da Pontifícia Universidade Católica  
de São Paulo para obtenção do título de Mestre em  
Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosa Maria Tosta

São Paulo  
2024

## Ficha Catalográfica da biblioteca

*(Clarice) – Hélio, diga-me agora, qual é a coisa mais importante do mundo?*

*(Hélio) – A coisa mais importante do mundo é a possibilidade de ser-com-o-outro, na calma, cálida e intensa mutualidade do amor. O Outro é o que importa, antes e acima de tudo. Por mediação dele, na medida em que o recebo em sua graça, conquisto para mim a graça de existir.*

*(Entrevistas, 2007)*

*“O amor é coisa curiosa: por nos aproximar da vida dá-nos uma experiência de eternidade, e por isso mesmo nos mergulha na finitude, para aceitá-la e salvá-la. Morte e Amor andam embolados. O amor nos faz famintos de eternidade, e a morte é a porta desse indizível barato.*

*(Carta de Hélio Pellegrino, 1986)*

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Juliana Valle Vernaschi

Título: Contratransferência nas clínicas de Winnicott: envolvimento, desafios e tarefas de cuidado do analista.

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.

Instituição

Julgamento

Prof. Dr.

Instituição

Julgamento

Prof. Dr.

Instituição

Julgamento

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **CONDIÇÃO DE BOLSISTA**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 – processo número 001-88887.675980/2022-00

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001 – case file number 001-88887.675980/2022-00

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Rosa Maria Tosta, orientadora, pelo acompanhamento ao longo do Mestrado, pelas aulas ministradas que inspiraram o tema desta pesquisa e por ter depositado confiança em meu trabalho.

Ao Prof. Luis Claudio Mendonça Figueiredo e à Profa. Claudia Mazzini Perrota, pelas críticas e sugestões valiosas no exame de qualificação e na defesa da dissertação.

À Profa. Rosane Mantilla de Souza, pelas aulas que me ajudaram no processo de escrita e pelo suporte dentro da Universidade.

Aos colegas da Pós-graduação em Psicologia Clínica, pelo tempo de convivência e trocas proveitosas.

À CAPES, pela bolsa de estudos concedida sem a qual esta pesquisa não teria sido possível.

À Silvana de Lourdes Grimaldi Martani Pasquier Nunes, minha analista, que me acompanha em minha trajetória de vida.

Ao CEP – Centro de Estudos Psicanalíticos, onde iniciei meus estudos em psicanálise e onde tenho a chance de transmitir conhecimentos para novos analistas.

Aos colegas do grupo de estudos Leitura de Freud, com quem aprendo tanto.

À Paula Akkari, por toda ajuda ao longo do mestrado e pela revisão do texto desta dissertação.

Ao meu pai, Edir, e minha mãe, Maria Cristina, de quem partiram os mais valiosos votos de confiança em mim mesma.

Aos meus irmãos, Rafael e Flavia, ao lado deles percorro minha jornada, firmes e fortes.

À minha tia e madrinha, Maria Helena, ao meu lado seja o que for.

À Sabrina, minha cunhada, pela inspiração na perseverança.

Aos meus sobrinhos, Francisco e Teresa, fonte de amor para todo o sempre.

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

## RESUMO

O objetivo desta dissertação é trazer ao leitor relatos ou mesmo indícios de impactos contratransferenciais na clínica winnicottiana, ou ainda as posições e tarefas que o analista tem quando se depara no *setting* com as diferentes formas de adoecimento psíquico. Foram utilizadas passagens da clínica praticada por Winnicott, e também por Masud Khan, por ser ele um discípulo de Winnicott e naquilo que estava em consonância com a teoria de Winnicott. Pretende-se conferir maior aparato técnico ao analista para que este possa estar mais apto a perceber a si mesmo envolvido com sentimentos contratransferenciais e, a partir deles, encontrar repostas e manejos adequados para o processo analítico junto ao paciente. Este trabalho é composto por quatro capítulos: o primeiro serve-nos para apresentar alguns pontos teóricos principais, abordando aspectos da teoria do desenvolvimento emocional e o conceito de contratransferência segundo Winnicott; o segundo, terceiro e quarto, elaborados com foco nos aspectos contratransferenciais da clínica de Winnicott, tratam, respectivamente destes assuntos: *setting* em que os pacientes se acham fixados em fases primitivas de seu desenvolvimento emocional; *setting* em que as formas de adoecimento dos pacientes se encontram em falhas no estágio da consideração; e a categoria de clínica em que preponderam questões inerentes aos sujeitos considerados neuróticos. Resultou que, por um lado, não localizamos material em extensão que tratasse de relatos de Winnicott enquanto analista sobre seus próprios impactos e sentimentos contratransferenciais, por outro, o autor fornece vasto material clínico a partir dos quais podemos traçar o envolvimento, desafios, posições e tarefas do analista frente aos diferentes impactos contratransferenciais que qualquer analista se vê suscetível nas três modalidades de clínicas abordadas.

**Palavras-chave:** Winnicott; contratransferência; papel do analista; setting; Masud Khan.

## ABSTRACT

This dissertation aims to provide the reader with stories or even evidence about countertransference impacts in the Winnicottian clinical setting, as well as the roles and tasks that the analyst assumes when faced with different forms of psychic illness. Passages from the clinical practices of both Winnicott and Masud Khan were used, the latter being a disciple of Winnicott and aligned with Winnicott's theory. The intention is to equip the analyst with greater technical tools so that they can be more adept at recognizing themselves when involved with countertransference feelings; and, based on them, find appropriate responses and management for the analytic process with the patient. This work comprises four chapters: the first serves as an introduction to the others, addressing aspects of the theory of emotional development and the concept of countertransference according to Winnicott; the second, third, and fourth, developed in accordance with the countertransference aspects of Winnicott's clinic, respectively deal with these subjects: the setting in which patients are fixed in primitive stages of their emotional development; the setting in which patients' illness forms are characterized by failures in the stage of consideration; and the clinical category where issues inherent to subjects considered neurotic prevail. The results are that, in a sense, we did not find extensive material addressing Winnicott's own reports as an analyst about his own impacts and countertransference feelings; however, the author provides extensive clinical material from which we can delineate the development, challenges, positions, and tasks of the analyst in the face of different countertransference impacts that any analyst may encounter in the three modalities of addressed clinics.

**Keywords:** Winnicott; countertransference; analyst task; setting; Masud Khan.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1.0. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS INICIAIS</b>	18
1.1. Sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional de Winnicott e suas implicações na clínica	18
1.1.1. O fator ambiental	18
1.1.2. Desenvolvimento emocional	21
1.1.3. <i>Setting</i> analítico	24
1.2. Da transferência e da contratransferência	26
1.2.1. A transferência para Winnicott	26
1.2.2. A contratransferência para Freud, Ferenczi e Winnicott	28
1.2.2.1. Contratransferência em Freud	28
1.2.2.2. Contratransferência em Ferenczi	31
1.2.2.3. Contratransferência em Winnicott	35
<b>2.0. DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO NO <i>SETTING</i> ANALÍTICO – ASPECTOS DA <i>CONTRATRANSFERÊNCIA</i> E DA RESPOSTA DO ANALISTA</b>	40
2.1. O paciente psicótico (ou da sua “parte psicótica”) para Winnicott	44
2.2. Contratransferência e resposta total do analista	45
2.3. Formas de comunicação entre analista e paciente	49
2.4. Falhas do analista	55
2.5. Medo (do colapso, da morte, do vazio)	60
2.6. Adaptação rigorosa do analista sob o controle onipotente do paciente	64
<b>3.0. UMA CLÍNICA EM QUE SE APRESENTA O ESTÁGIO DA CONSIDERAÇÃO (<i>CONCERN</i>) E OS ASPECTOS CONTRATRANSFERENCIAIS</b>	66
<b>4.0. CLÍNICA EM QUE PREPONDERA QUESTÕES REFERENTES AOS RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS E OS ASPECTOS CONTRATRANSFERENCIAS</b>	87
<b>5.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	98
<b>REFERÊNCIAS</b>	105

## INTRODUÇÃO

Aspectos técnicos da clínica psicanalítica e o relacionamento entre analista e analisando sempre foram temas que despertaram meu interesse. Entendo que cabe ao analista se aprimorar cada vez mais no seu ofício e técnica para que possa contribuir com o paciente no seu percurso singular e subjetivo de encontrar uma forma mais saudável de lidar com suas questões e viver uma vida melhor ou mesmo com menos sofrimento.

O processo de análise não se resume a um exercício da técnica. Dispor o analista do conhecimento de uma técnica altamente desenvolvida não significa ser capaz de realizar um tratamento psicanalítico (Winnicott, 1954/2021). Imprescindíveis a análise pessoal, a supervisão dos casos junto a um analista mais experiente e o exercício constante da clínica. De qualquer forma, a teoria é essencial para colaborar com o analista no entendimento e enfrentamento das situações clínicas.

Para os fins da presente dissertação, dentre os temas atinentes à técnica psicanalítica, optei por ter como objeto de pesquisa a contratransferência. O interesse por essa temática se justifica por acreditar que, uma vez o analista dispor de um amplo arcabouço teórico a respeito desse tema, ele poderá ficar mais apto a identificar com maior acuidade e maior brevidade sentimentos contratransferenciais que vive no *setting* analítico.

Esse senso veio a mim, particularmente, por meio do atendimento de pacientes com os quais identifiquei impactos contratransferenciais que acabaram por ditar o rumo do processo de análise. Numa visão em retrospecto, pude me dar conta de que caso já tivesse de posse de determinado conhecimento técnico inerente às estratégias clínicas para as diferentes formas de adoecimento apresentadas por aquelas pessoas eu teria um repertório tal que me conferiria maior capacidade de percepção da contratransferência, e maior possibilidade de finura e sutileza dos sentidos para adaptar o *setting* às necessidades do paciente.

Portanto, minha intenção é a de poder colaborar oferecendo material que visa conferir conteúdo no sentido de o analista manejar da melhor forma impactos contratransferenciais, seja não interferindo no curso do processo de análise seja fazendo uso deles para auxiliar o processo.

Tais vivências clínicas, aliadas aos meus estudos e afinidades teóricas, levaram-me a escolher a clínica de Winnicott como referência para este trabalho. O objetivo é oferecer uma compreensão abrangente sobre a contratransferência segundo o entendimento de Winnicott (*Ibid.*, p. 463) e a clínica praticada por esse autor, que considerou ser possível "evitar dar de

cara com aspectos da natureza humana que nos levariam para além do alcance de nosso aparato técnico".

Temos conhecimento de que a psicanálise forneceu uma ênfase, um destaque muito grande na questão da contratransferência, seu conceito e uso no processo de análise. Apenas referenciando alguns deles citamos Heinrich Racker (1948; 1953), que trouxe a ideia de que a transferência e a contratransferência representam uma unidade, as identificações concordantes e complementares na contratransferência e as diferentes ansiedades contratransferenciais. Paula Heimann (1950), que eleva a contratransferência a uma ferramenta para a compreensão dos conflitos inconscientes do paciente. Madeleine e Willy Baranger (1962; 1976), cuja concepção da contratransferência inclui a ideia de um campo dinâmico constituído por fantasias inconscientes compartilhadas pela dupla analista-analisante. Mas nosso interesse por Winnicott nos trouxe a curiosidade de pesquisar como esse autor teria lidado com o tema (ou não) ao longo de sua obra e nas suas clínicas além dos seus dois textos sobre contratransferência, sobre os quais iremos tratar adiante.

Winnicott segue os princípios básicos da análise tal qual estabelecidos por Freud, um *setting* voltado preponderantemente para o material produzido pelo paciente por associação livre e o trabalho interpretativo almejando que o paciente se liberte de defesas rígidas. Contudo, Winnicott conferiu especial importância à adaptação, provisão e manutenção do *setting* conforme as necessidades do paciente, em especial as necessidades relativas aos estágios muito iniciais do desenvolvimento emocional.

Ao longo de toda sua vida como clínico e estudioso, por cerca de quarenta anos, Winnicott se dedicou "de maneira sistemática e incansável" ao estudo do desenvolvimento emocional dos seres humanos. A teoria criada por ele sobre o processo de maturação pessoal ocupou lugar central em sua obra, "estando subjacente, como fundamento, às suas formulações sobre psicopatologias, clínica psicanalítica e experiência cultural" (Deus, p. 14).

Assim, ao explorar o território desconhecido de um novo caso, Winnicott tinha como sua única companhia a teoria do desenvolvimento emocional (1971/2023), e foi com base nessa teoria que Winnicott "elaborou a natureza e o caráter da transferência e o papel do *setting* analítico" (Khan, 1975/2001, p. 06).

Já em 1954, após uma criteriosa seleção de casos, Winnicott (2021) conseguiu separá-los em três categorias de acordo com o aparato técnico que requerem do analista. Categorias de clínica que correspondem a diferentes tipos de psicopatologia inerentes a diferentes estágios do amadurecimento emocional do indivíduo.

Num deles "existem três pessoas, uma delas fora do consultório", noutro "existem apenas duas pessoas", "e o *setting* então representa a mãe com sua técnica, sendo o paciente um bebê", e num terceiro "apenas uma pessoa está presente, ou seja, o paciente, e isso é verdade mesmo que num outro sentido, do ponto de vista do observador, existam ali duas pessoas" (Winnicott, 1954/2021, p. 474).

A primeira categoria de casos referida por Winnicott é a dos pacientes "que funcionam como pessoas inteiras, cujas dificuldades estão no âmbito dos relacionamentos interpessoais" (*Id.*, p. 463), numa fase do amadurecimento emocional em que já seria possível tomar como certo o trabalho realizado pela mãe e pela adaptação ambiental inicial na história pregressa do sujeito. Seriam, portanto, os pacientes neuróticos, para os quais se utiliza a técnica psicanalítica clássica baseada na associação livre, na atenção flutuante e na interpretação da transferência (Naffah Neto, 2021).

O segundo agrupamento seria o *setting* correspondente à análise do estágio do *concern*. Aqui o sujeito está no início de se tornar algo "que poderíamos, com segurança, descrever como inteiro" (Winnicott, 1954/2021, p. 463) e reconhecendo sua dependência em relação ao ambiente. A técnica para esse trabalho seria semelhante ao atendimento de psiconeuróticos, associada a um certo tipo de manejo "por conta do espectro mais amplo do material clínico abordado" (*Ibid.*, p. 463).

Numa terceira categoria de casos está o desenvolvimento emocional primitivo. Pacientes cuja estrutura pessoal ainda não tem uma base sólida e "cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional, até o estabelecimento da personalidade como uma entidade e antes da aquisição do status de unidade em relação a espaço – tempo" (*Ibid.*, p. 463). A prática clínica aqui recai "mais frequentemente sobre o manejo, e por vezes passam-se longos períodos em que o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado, com o manejo ocupando a totalidade do trabalho" (*Ibid.*, p. 464).

Enquanto na primeira categoria estão os casos relacionados ao desenvolvimento emocional em termos de "vida instintiva (id), isto é, em termos de relações de objeto", nas segunda e terceira categorias se encontram os casos em que o trabalho analítico se volta preponderantemente para a "estrutura da personalidade (ego)" (Winnicott, 1962/2022, p. 85).

Em que pese a categorização clínica formulada por Winnicott, ele mesmo esclarece que ao longo de um processo de análise e até numa mesma sessão o analista poderá se deparar com aspectos dessas três categorias de clínica:

Em meu trabalho clínico comprovei, ao menos para mim mesmo, que um tipo de análise não exclui o outro. Encontro-me sempre escorregando de um para o outro e vice-versa, segundo a tendência do processo inconsciente do paciente. Quando o trabalho de natureza especial ao qual me referi chega a um fim, tem início naturalmente o trabalho analítico normal, a análise da posição depressiva e das defesas neuróticas de um paciente dotado de um *ego* – um *ego* intacto, capaz de ter experiências proporcionadas por impulsos do *id* e de lidar com as consequências dessas experiências” (Winnicott, 1956a/2021, p. 492).

Além disso, em momento algum é desconsiderada a singularidade de cada ser humano e de cada processo de análise. Há sempre o "sentido de identidade pessoal, essencial a todo ser humano" (Winnicott, 1970/2021, p. 140), dados os cuidados e as condições particulares que encontrou em seu ambiente e que influenciaram no seu crescimento individual. E assim, Winnicott propõe uma nova maneira de, não só, examinar a classificação de distúrbios psíquicos levando em consideração a dependência do sujeito em relação ao ambiente, mas, também, e por consequência, propõe aspectos particulares da técnica psicanalítica para o tratamento desses acometimentos psíquicos no *setting* analítico.

Abrimos um breve parêntese para nos posicionarmos sobre a clínica envolvendo pacientes com tendência antissocial. A tendência antissocial (Winnicott, 1956/2021) é entendida como uma reação do sujeito à quebra da continuidade da provisão ambiental num estágio de dependência do ambiente em que já dispunha de suficiente organização psíquica para perceber a quebra dos cuidados como um trauma. O resultado é a suspensão do seu processo de amadurecimento. O sujeito reage pressionando o ambiente na esperança de lhe prestar assistência.

Da mesma forma como fez Winnicott (1960a/2022, p. 209) em seu artigo *Contratransferência*, que optou por não trazer considerações acerca da contratransferência sobre casos envolvendo a tendência antissocial por considerá-los "mais bem manejados de outras maneiras, embora a psicanálise possa ser acrescentada produtivamente", também não iremos abordá-la nessa dissertação. Dada a abrangência (e importância) do tema, de fato implicaria uma ampliação demasiada frente ao nosso objetivo com essa dissertação.

Pois bem, será o *setting* analítico um local propício para se revelar e se espelhar a adaptação e o relacionamento de cada indivíduo com fatores ambientais onde teve e tem sua história traçada, com todas as suas particularidades e vicissitudes, sendo possível explorar o que pode ser feito mediante manejo e/ou então instituir uma terapia que dê oportunidade a um relacionamento "do tipo geralmente conhecido como transferência" (Winnicott, 1971/2023, p. 16). Ao analista caberá estar capacitado para propiciar esse ambiente adequado para a

retomada do amadurecimento e a "restauração das capacidades de ser e de existir" (Loparic, 2010, p. 10) mediante o "afrouxamento do entrave no processo de desenvolvimento" do sujeito (Winnicott, 1971/2023, p. 15).

Dentre as capacidades do analista, está a de lidar com a contratransferência na clínica.

Em seu artigo *O ódio na contratransferência* (*Ibid.*, p. 359), Winnicott sugere que o analista "seja prevenido e, assim, preparado" para reconhecer, tolerar, destrinchar e manejar sentimentos contratransferenciais.

Acreditamos que, sendo o analista conhecedor, ao menos em tese, do que lhe espera na clínica, tendo em conta, na perspectiva que ora abordamos, a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott e a técnica envolvida na clínica analítica para cada adoecimento psíquico, o analista poderá, sem o impacto da perplexidade, lidar melhor com sentimentos contratransferenciais, bem como encontrar respostas mais adequadas ao tipo de manejo.

Ao longo de uma leitura em extensão da obra de Winnicott, mas sem pretender esgotá-la, buscamos identificar e descrever, nesses três diferentes tipos de clínica, relatos ou mesmo indícios de sentimentos contratransferenciais, ou ainda, trazer à luz algumas situações clínicas relatadas por Winnicott nas quais visualizamos características e dificuldades inerentes a cada uma delas que o analista merece conhecer, no sentido de poder lidar e estar mais apto a se perceber a si próprio envolvido com sentimentos contratransferenciais.

Faremos menção também a alguns casos clínicos de Masud Khan naquilo que estiver em consonância com a teoria de Winnicott. Discípulo de Winnicott em muitos aspectos, Khan foi um analista que "se ofereceu, com grande disposição e engenho para instalar o campo da transicionalidade na relação terapêutica, que se dedicou a ensinar o paciente a brincar" (Figueiredo, 2008, p. 120). Um analista que utilizou "amplamente a modalidade clínica que Winnicott apresentou e que foi denominada como *placement* (termo que poderia ser traduzido como alojamento)" (Safra, 2023). Dotado de uma especial sensibilidade e espontaneidade para narrar seus casos clínicos, a transferência e contratransferência ficam evidenciadas em alguns de seus relatos.

Se o analista se comunica com o paciente "a partir da posição em que a neurose (ou psicose) de transferência o coloca" (Winnicott, 1962/2022, p. 213), acreditamos que o estudo da técnica, tal qual como aqui proposta, aliado à análise pessoal e supervisão, irá conferir certo aparato teórico ao analista para lidar com a contratransferência de uma maneira tal que não perturbe a comunicação no processo analítico ou venha contribuir com este.

Trata-se de uma pesquisa com método psicanalítico, uma pesquisa teórica sobre a técnica psicanalítica, em que o pesquisador toma como objeto de sua pesquisa aquilo (ou uma

parte daquilo) que se utiliza na clínica como ferramenta (ou uma das ferramentas) para a condução do processo analítico: "um dos aspectos importantes da pesquisa em psicanálise é pensar-se a si mesma, redescobrir, elucidar e aprofundar a sua prática e suas contradições, o seu método e suas aporias" (Cintra & Naffah Neto, 2019, p. 15).

Tal qual na clínica psicanalítica, onde se estabelece uma relação singular analista – paciente, o fazer do pesquisador numa pesquisa em psicanálise com método psicanalítico também é permeado por uma relação: a "relação pesquisador – pesquisado e/ou pesquisador – objeto de pesquisa" (Tosta, 2019). O pesquisador é atravessado por toda sua experiência e prática clínica, seja como analista seja como analisando, onde entra em cena sua singularidade e seu inconsciente.

No caso da Psicanálise, este modelo epistemológico, baseado na intersubjetividade, torna-se indissociável do seu labor clínico e investigativo (...). Podemos nos perguntar em que medida seria adequado levar as especificidades que caracterizam o método psicanalítico (leia-se: regra básica da atenção flutuante do analista e da associação livre por parte do analisando) para o nosso de fazer pesquisa em Psicanálise? Embora tenhamos consciência que a pesquisa acadêmica preza em ter objetivo claro e definido, quando entra em jogo o inconsciente, podemos ter recursos de pesquisa e modos de construção do conhecimento que levem em consideração a abertura para as associações e reflexões sobre o próprio fazer e para os fenômenos observados (Tosta, 2019, p. 286).

O resultado é uma transformação constante na percepção do próprio pesquisador sobre como lidar com o objeto de pesquisa e, por fim, uma transformação do próprio objeto de pesquisa.

(...) também o ‘objeto’ e a própria ‘teoria’ passam pelo mesmo processo de transformação sofrido pelo pesquisador ao longo da pesquisa com o método psicanalítico. Indo além, a pesquisa com o método psicanalítico é tanto um momento na história do ‘objeto’, quanto na história do ‘pesquisador’, e as transformações que a pesquisa engendra vão além das relações específicas que estes elementos entretêm ao longo da ‘pesquisa’. O ‘objeto – seja um paciente, uma comunidade, uma formação de cultura, um texto – não sai incólume quando submetido a uma atividade de ‘pesquisa’ deste tipo, que, por outro lado, ‘ele mesmo convocou’ (Figueiredo & Minerbo, 2006, pp. 260-261).

O capítulo um é uma introdução para os próximos capítulos, no qual trazemos alguns conceitos principais sobre a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott e sua concepção dentro do *setting* analítico, além dos conceitos de transferência e contratransferência para Winnicott.

O capítulo dois trata do *setting* em que os pacientes apresentam formas de adoecimentos inerentes a falhas em estágios mais primitivos de seu desenvolvimento

emocional, o manejo da situação clínica a partir de casos clínicos de Winnicott e Masud Khan, os impactos contratransferenciais e o papel do analista.

No capítulo três tratamos da clínica em que o paciente se encontra às voltas com a elaboração de tarefas pertinentes ao estágio da consideração. Por meio da análise de casos clínicos de Winnicott e Masud Khan trazemos aspectos do papel do analista num *setting* em que terá que lidar com sua própria capacidade de sobreviver aos ataques do paciente, em não retaliar e aceitar reparações.

Por fim, no capítulo 4 abordamos a categoria de clínica a que Winnicott se referiu como aquela em que preponderam questões inerentes aos sujeitos considerados neuróticos e os aspectos para os quais o analista merece voltar a sua atenção a fim de poder trabalhar impactos contratransferenciais que poderão surgir em função das vicissitudes desse tipo de *setting*.

## 1.0. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS INICIAIS

Se o nosso trabalho tem na clínica de Winnicott o seu mote, e na contratransferência seu tema principal, consideramos oportuno trazer aspectos dessa clínica e do conceito de contratransferência para Winnicott, os quais podem conferir um melhor enquadre e entendimento para o que temos a dizer nos próximos capítulos sobre a contratransferência na clínica winnicottiana.

Este capítulo é formado por duas partes. Na primeira, focalizaremos alguns conceitos principais da teoria do desenvolvimento de Winnicott e, na segunda, serão discutidos os conceitos de transferência e contratransferência.

### 1.1. Sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional de Winnicott e suas implicações na clínica

Foi “com base no modelo da relação mãe-filho, especialmente as relações primárias” (Khan, 2001, p. 06) que Winnicott concebeu o papel do analista e o *setting*, a natureza e o caráter da transferência e da contratransferência. Portanto, trazemos alguns conceitos principais da teoria do desenvolvimento de Winnicott. Um tema extenso, complexo e com muitas particularidades, que ocupa toda sua obra.

Para os fins que pretendemos, iremos nos sustentar, especialmente, em seis artigos de Winnicott, articulados entre si, que ora citamos em ordem cronológica: *Desenvolvimento emocional primitivo* (1945/2000), *A teoria do relacionamento pais – bebê* (1960b/2022), *Distorções do ego em termos de self verdadeiro e falso self* (1960c/2022), *Amamentação como forma de comunicação* (1968a/2020), *A comunicação do bebê com a mãe e da mãe com o bebê, comparada e contrastada* (1968b/2020) e *O uso de um objeto e a relação por meio de identificações* (1971/2019).

#### 1.1.1. O fator ambiental

Winnicott estudou a teoria do desenvolvimento emocional à luz dos atributos do ambiente onde o sujeito está inserido. Um estudo que partiu não só da observação direta de bebês em seu ambiente cuidador como material para a clínica, mas também ao que acontecia na situação analítica para o entendimento da infância inicial a partir do “estudo dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais que fazem parte do envolvimento do

analista com os casos *borderline*” (Winnicott, 1960b/2022, p. 68) e de pacientes “dependentes ou em regressão profunda” (Winnicott, 1960c/2022, p. 178):

O fator ambiental tem sua importância e seu papel em todos os estágios do desenvolvimento emocional do sujeito, mas com especial relevância nas fases mais iniciais.

É preciso notar que quanto mais caminhamos para trás em nosso estudo do desenvolvimento do ser humano, ficamos cada vez mais óbvia e profundamente envolvidos no estudo do ambiente, o que em termos de psicoterapia significa o manejo (Winnicott, 1990, p. 119).

O termo *maternagem suficientemente boa* quer expressar esse ambiente humano suficientemente bom. Um ambiente que, justamente por ser humano, também é permeado por imperfeições.

O ambiente suficientemente bom consegue, constante e repetidamente, se adaptar, na medida e de maneira adequadas, para atender as necessidades do bebê. O ambiente sequer será recordado quando essa adaptação se der a contento, o que significa que não existirá “nenhum sentimento de dependência” do sujeito em relação a esse ambiente no futuro (Winnicott, 1956a/2021, p. 488).

Ao se referir ao atendimento de *necessidades* do sujeito Winnicott enfatiza que não se trata de “satisfação de instintos” (1960c/2022, p. 179) e sim um apoio ao *ego* ainda fraco do bebê:

Na área que estou examinando os instintos não estão ainda claramente definidos como internos ao bebê. Os instintos podem ser tão externos como o troar de um trovão ou uma pancada. O *ego* do bebê está ganhando força e, como consequência, está a caminho de um estado em que as exigências do *id* serão sentidas como parte do *self*, não como ambientais. Quando esse desenvolvimento ocorre, a satisfação do *id* se torna um importante reforço do *ego*, ou do *self* verdadeiro, mas as excitações do *id* podem ser traumáticas quando o *ego* ainda não é capaz de incorporá-las, e ainda é incapaz de suportar os riscos envolvidos e as frustrações experimentadas até o ponto em que a satisfação do *id* se torne um fato.

Ou seja, o manejo proporcionado pelo ambiente implica um cuidado e apoio para organização do *ego*. No momento adequado esses reforços conferidos ao *ego* servirão adequadamente aos impulsos do *id*.

As provisões ambientais promovem a “continuação da vitalidade dos tecidos e da saúde funcional que (para o bebê) provê um apoio egoico silencioso, mas vitalmente importante” (Winnicott, 1960b/2022, p. 62).

São comunicações silenciosas com efeitos que ficam registrados na forma do desenvolvimento constante. A confiança se estabelece nesses atos e o bebê “passa a acreditar

em uma confiabilidade nos processos internos que levam à integração em uma unidade” (Winnicott, 1968b/2020, pp. 113-114).

Nos estágios iniciais tais provisões vêm no *sustentar, segurar* o bebê, que, além da sustentação física, envolve outros atos, percepções e experiências que conferem a necessária segurança para o bebê, tais como o contato com a respiração da mãe, o calor do seu corpo, seu cheiro, as batidas do coração, o balanço ao fazer o bebê dormir, as interações entre mãe e bebê de onde nascem a afeição e o prazer por novas experiências, a alimentação, a troca de olhares, momentos estes em que o bebê poderá ver a si mesmo, quando a mãe, em seu estado de encantamento, reflete em seu rosto o que ela está vendo ao olhar seu bebê – uma mãe ensimesmada não será capaz de fazê-lo, e o bebê não terá a experiência de ver a si mesmo, mas apenas um rosto.

Importa que o ambiente esteja atento à singularidade de cada sujeito. Fazendo menção à experiência da alimentação – mas o que poderíamos transpor para toda uma série de tipos de cuidados – Winnicott fala das “variações que permitem que uma experiência seja fraca, insossa e até mesmo entediante para uma criança, enquanto, para outra, seja quase estimulante demais” (*Ibid.*, p. 42). Pode-se pensar da mesma forma quando se refere ao movimento do corpo ao fazer um bebê dormir, em que a mãe adapta seu movimento ao ritmo de balançar próprio do bebê.

O contrário de um ambiente suficientemente bom é um ambiente inábil a atender às necessidades do bebê, que invalida o gesto espontâneo do sujeito que se vê então submisso a esse ambiente.

O fracasso da adaptação do ambiente provoca reações no bebê e esse “é o estágio inicial do falso *self*”, uma “realidade de fachada”, mas com a importante função de ocultar e proteger o *self* verdadeiro (Winnicott, 1960c/2022, pp. 184-186). “Enquanto o *self* verdadeiro é sentido como real, a existência do falso *self* resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade” (*Ibid.*, p. 188).

Se o fracasso for numa medida esperada a falhas inerentes a um ambiente que é humano e se, em seguida (“segundos, minutos ou horas”), há uma adaptação, uma reparação bem-sucedida do ambiente, então há uma comunicação, ainda que por meio do fracasso “e é assim que o bebê conhece o sucesso”, se sente seguro e amado (Winnicott, 1968b/2020, p. 114), “começa a desenvolver as sofisticadas que permitem que essas intrusões sejam incorporadas à área da onipotência” (Winnicott, 1960b/2022, p. 59).

Essas falhas são a base para as relações de objeto, pois, se a mãe “for boa demais em dividir as necessidades do bebê, isso é mágica e não a base para uma relação de objeto” (Winnicott, 1960b/2022, p. 62).

Já, falhas graves são registradas como intrusões e podem ser que não sejam reparadas, afetando o sujeito de forma permanente. A comunicação entra em colapso, e a alternativa ao *continuar a ser é a reação*.

As reiteradas reações a sucessivas falhas de adaptação do ambiente interrompem a continuidade do ser e o aniquilam com sensações de “ser feito em pedaços”, “cair para todo o sempre”, de ter que se isolar completamente pois não há a possibilidade de alguma forma de comunicação, de “desunião entre psique e soma” (Winnicott, 1968b/2020, p. 115).

Portanto, cabe à mãe ou ao seu substituto ser capaz de “se colocar no lugar do bebê de forma muito especializada”, provendo cuidados e protegendo-o para que ele viva e se desenvolva, “estabelecendo as bases para a força de caráter e para a riqueza de personalidade” (*Ibid.*, p. 110).

### **1.1.2. Desenvolvimento emocional**

A “base de todas as teorias do desenvolvimento da personalidade humana” é que, na saúde, a continuidade da linha da vida é um potencial natural e herdado dos seres humanos (*Ibid.*, p. 105) e, como vimos, para que esse potencial se desenvolva é preciso uma provisão ambiental adequada, uma “maternagem suficientemente boa” (*Ibid.*, p. 105) ao longo do desenvolvimento do indivíduo.

A dependência do sujeito em relação ao ambiente é, no início, absoluta, caminha para uma dependência relativa e se destina à independência, à autonomia – mas nunca absolutamente independente – quando o sujeito se torna “viável como pessoa e também fisicamente” (*Ibid.*, p. 105), capaz de se dar conta da alteridade e manter relacionamentos interpessoais realizados entre pessoas consideradas inteiras.

Na constituição do ser humano, Winnicott (1945/2000) identifica três processos com os quais o sujeito se vê envolvido nos primórdios da vida: *integração, personalização e realização*.

A integração é algo que acontece gradualmente a partir de “fatores internos” do sujeito como “a exigência instintiva ou a expressão agressiva” que são estimulados pelos cuidados ofertados pelo ambiente (Winnicott, 1990, p. 137). Está intimamente relacionada a cuidados físicos que adquirem o caráter de cuidados psicológicos e que são expressos,

especialmente, nos gestos de sustentação do corpo do bebê (*holding*), de segurar o corpo em seu conjunto, que serão incorporados e retidos nas lembranças do sujeito como registros do cuidado ambiental à medida que o *self* se constrói.

No processo analítico, será o analista quem fará o papel dessa pessoa sustentadora e que poderá auxiliar o sujeito a integrar cada aspecto da sua vida em busca de um todo unitário (Tosta, 2023).

O processo inverso da integração seria a “desintegração da personalidade”, um estado patológico descrito por Winnicott como uma “defesa organizada contra a tremenda dor das várias ansiedades associadas” ao processo que envolve o alcance de um estado integrado (Winnicott, 1990, p. 137). “Em grau menor, o inverso da integração é a cisão, e é a cisão que caracteriza a esquizofrenia” (Winnicott, 1963/2022, p. 287).

Se a *integração* está relacionada à sustentação, a *personalização* está relacionada ao manuseio, ao manejo proporcionado pelo ambiente (Winnicott, 1962b/2022) no sentido de proporcionar um elo, uma relação íntima entre corpo e psique, uma coesão psicossomática. Paulatinamente, ao longo de um progressivo período de crescimento, desenvolvimento e assimilação cultural, onde estejam presentes condições ligadas à criatividade (Winnicott, 1971/2019), haverá o início de uma existência, a constituição de um *ego* pessoal para um estado de personalização.

O *ego* se baseia em um *ego* corporal, mas só quando tudo vai bem é que a pessoa do bebê começa a ser relacionada com o corpo e suas funções, com a pele como membrana limite. Usei a palavra *personalização* para descrever esse processo, já que o termo despersonalização parece no fundo significar a perda de uma união firme entre *ego* e o corpo, inclusive impulsos e satisfações do *id* (Winnicott, 1962/1983, p. 58).

A evolução para um estado de personalização requer um ambiente suficientemente bom onde seja possível viver uma soma de experiências tranquilas, mobilidade espontânea, sensações, retornos da atividade ao repouso, estabelecimento gradual da capacidade de esperar pela recuperação depois de aniquilações resultantes das reações às intrusões do ambiente (Winnicott, 1956b/2021). O *self* aparece como um potencial no sujeito, a diferenciação do “eu” do “não-eu” aliado ao sentido de se sentir real e inteiro em sua subjetividade (Winnicott, 1956/2021; Abram, 2007).

Estados clínicos que receberiam o nome de *despersonalização* são aqueles resultantes da “perda de uma união firme entre o *ego* e o corpo, inclusive impulsos do *id* e satisfações do *id*”. Uma defesa assumida contra o rompimento desse elo, acompanhado de um afeto ansioso

específico e um estado persecutório inerente ao repúdio do que vem de fora e ameaça essa união (Winnicott, 1962/2022, p. 75).

O processo de *realização* tem a ver com o estabelecimento de uma relação do sujeito com a realidade externa. Um processo, uma transição gradual, que depende da capacidade adaptativa do ambiente, em que o bebê passa da total ilusão de onipotência para o reconhecimento "da ausência de um controle mágico sobre a realidade externa" (Winnicott, 1990, p. 126).

No início, atendidas suas necessidades, legitimadas e implementadas suas expressões espontâneas, o bebê pode desfrutar da ilusão de onipotência. A realidade externa ainda "surge e se comporta como por mágica"; o ambiente atende seus gestos espontâneos e o mundo lhe aparece como se ele o tivesse criado (Winnicott, 1960c/2022, pp. 184-185).

Esse é um cenário que favorece o desenvolvimento de um *self* que tem espontaneidade. "O gesto espontâneo é o *self* verdadeiro em ação", um *self* que "pode ser criativo e se sentir real" (*Ibid.*, p. 188).

Aos poucos, numa transição gradual que se dá dentro de um espaço (transicional) que separa e ao mesmo tempo une o bebê e a mãe, por meio do brincar e do imaginar, o objeto poderá ser retirado da área de controle onipotente do sujeito e percebido como fenômeno externo, como uma "entidade em si mesmo" (Winnicott, 1971/2019, p. 146). É o início da relação com objetos externos.

É preciso que o objeto atenda ao paradoxo de sobreviver à sua própria destruição (como objeto subjetivo) para ser encontrado numa "realidade compartilhada" (*Ibid.*, p. 148), com sua própria vida e autonomia.

Portanto, o termo realização indica o contato com a realidade externa, "a tomada de consciência de que a coisa ou fenômeno em questão não é produzida pela imaginação do sujeito" (Nota do editor, 1945/2000, p. 287), e isso forma as bases para que o sujeito se sinta real e inteiro em sua subjetividade, capaz de diferenciar o "eu" do "não-eu" e estabelecer relações com objetos externos.

Considerado uma pessoa inteira, o sujeito poderá caminhar para o estabelecimento de relacionamentos interpessoais e, se tudo correr bem, será capaz de "se relacionar criativamente com o mundo, desfrutando e usufruindo do que ele tem a oferecer, inclusive o patrimônio cultural" (Winnicott, 1968a/2020, p. 38).

Visto isso, estamos em condições de mostrar como Winnicott, visando fins meramente didáticos (1960b/2022), dividiu os cuidados oferecidos pelo ambiente em três estágios.

O primeiro seria o estágio de sustentação (*holding*), em que a mãe segura o bebê, não apenas fisicamente, mas em termos de provisão ambiental que satisfaz e cuida das necessidades fisiológicas do bebê, as quais, nesse estágio, se confundem e fazem parte da psicologia do bebê.

No segundo estágio há um novo conceito, o “viver com”, em que se iniciam as relações de objetos, mas ainda apenas em relação à mãe, que antes era um objeto subjetivamente concebido e agora passa a ser objetivamente percebido, como algo externo à realidade interna do bebê.

No terceiro estágio esse “viver com” se amplia e implica relações com outros objetos externos, além da mãe.

Vemos, portanto, que aquela divisão feita por Winnicott (1954/2021) em três categorias de casos, de acordo com o aparato técnico que requerem do analista, como falamos anteriormente, está em consonância com os estágios de desenvolvimento e os cuidados ambientais.

### **1.1.3. *Setting* analítico**

Caberá ao *setting* analítico, assim entendido como “o somatório de todos os detalhes relativos ao manejo” (Winnicott, 1956a/2021, p. 489) e que se adapta de forma suficientemente boa para atender às necessidades do paciente, apresentar-se como a atual provisão ambiental, consideradas suas limitações e especificidades, especialmente com os casos considerados difíceis.

No atendimento de uma pessoa, em qualquer idade, o analista poderá encontrar “todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas às mais tardias”, de modo que é importante estar atento “à idade emocional *do momento*”. Só assim poderá fornecer o ambiente emocional adequado (Winnicott, 1990, p. 179).

As seguintes passagens valem a pena ser transcritas para estarmos certos de como Winnicott (1968b/2020) concebia sua clínica tendo em conta a provisão ambiental de origem dos sujeitos:

Se aprendermos com as mães e os bebês, começaremos a entender do que é que os pacientes esquizoides, em sua forma peculiar de transferência, precisam de nós, se houver um tratamento em curso. (...) é com mães e com bebês que aprendemos sobre as necessidades de pacientes psicóticos ou de pacientes que passam por fases psicóticas. (...) no tratamento de transtornos mentais, necessariamente deparamos com cada detalhe das falhas de

facilitação ocorridas no início. Encontramos as falhas, mas (não se esqueçam disso!) o sucesso aparece na forma de um crescimento pessoal possibilitado por uma provisão ambiental bem-sucedida. (...) Tudo o que fazemos na psicanálise bem-sucedida é desatar os nós que impediam o desenvolvimento, além de libertar os processos de desenvolvimento e as tendências hereditárias do paciente. De maneira peculiar somos de fato capazes de alterar o passado do paciente, de modo que alguém, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, possa a tornar uma pessoa cujo ambiente facilitador foi suficientemente bom e cujo crescimento pessoal pode, portanto, ocorrer, mesmo que um pouco mais tarde (Winnicott, 1968b/2020, pp. 118-119).

Uma clínica, portanto, em que o ambiente presente, o *setting*, visa conferir condições adequadas para o progresso do sujeito a partir do estágio de seu desenvolvimento emocional em que encontrou dificuldades em seu ambiente de origem, e, assim, dar continuidade ao seu desenvolvimento físico e psíquico.

No *setting* analítico a história do paciente aparecerá sob dois vieses. Um, em termos do que se dá com o próprio indivíduo, sua própria jornada "da dependência absoluta à independência (...), do princípio do prazer ao princípio da realidade e do autoerotismo às relações de objeto" e seus mecanismos primitivos de defesa. Outro, em termos da "reconstrução do ambiente e de suas falhas", que poderá aparecer na transferência, contando ao analista sobre os cuidados ambientais "tal como existiu na situação infantil original" (Winnicott, 1960b/2020, pp. 52-62).

No que concerne ao próprio sujeito, na clínica, o analista poderá identificar mecanismos de defesa próprios de um falso *self* para ocultar e proteger o verdadeiro *self*, desde um extremo em que há uma intensa rigidez de defesas e o falso *self* já está organizado e instalado no sujeito como real, enquanto o "verdadeiro *self* oculto é empobrecido pela falta de experiências" (Winnicott, 1956a/2021, p. 488), até o que Winnicott chamou de "normalidade", em que o indivíduo é capaz de renunciar à onipotência e o falso *self* é representado apenas numa medida adequada "da atitude social polida e amável" (Winnicott, 1960c/2020, p. 181).

Em termos ambientais, além de outros aspectos que abordaremos nos capítulos a seguir, é importante que o analista saiba esperar o momento adequado de cada paciente em dar continuidade ao seu desenvolvimento e isso significa não se precipitar, não dar respostas "a menos que o paciente dê pistas" na transferência (Winnicott, 1960b/2022, p. 63).

## 1.2. Da transferência e da contratransferência

### 1.2.1. A transferência para Winnicott

Para abordarmos a contratransferência, precisamos antes dedicar algumas palavras sobre a transferência.

Em seu artigo *Formas clínicas da transferência* (1956a/2021), Winnicott trata a transferência sob dois prismas, a depender da "estrutura dinâmica da personalidade do paciente" (Winnicott, 1960a/2022, p. 204).

Num deles, "a transferência propriamente dita", a neurose de transferência se apresenta nas situações em análise em que o paciente já alcançou "certa qualidade de maturidade" no seu processo de desenvolvimento emocional (Khan, 1975/2021, pp. 38-39). São casos em que existe "um *ego* intacto, capaz de manter defesas contra a ansiedade derivada dos instintos – e de assumir responsabilidade por eles" (Winnicott, 1956a/2021, p. 487).

No outro prisma, há uma ampliação do conceito de transferência para o que ocorre na análise de casos em que o paciente não contou com um ambiente suficientemente bom para o seu desenvolvimento, e não é possível ao analista considerar o *ego* do paciente como uma entidade estabelecida. Nesse mesmo artigo, Winnicott os identifica como casos "*borderline*", ou ainda, "fases ou momentos psicóticos que ocorrem ao longo da análise de pacientes neuróticos ou de pessoas normais" (*Ibid.*, p. 487).

Tal qual na análise de um paciente neurótico, o analista não precisa sair do seu papel de analista nesse tipo de tratamento, seguindo "a liderança do inconsciente do paciente" (*Ibid.*, p. 489).

No trabalho que estou procurando descrever, o analista adota os princípios básicos da psicanálise, em que o inconsciente do paciente é quem lidera e está a sós para ser seguido pelo analista. Ao lidar com uma tendência regressiva, o analista deve estar preparado para seguir o processo inconsciente do paciente, evitando tornar-se diretivo e sair do seu papel de analista.

Isso quer dizer que, da mesma forma que a mãe não deve ser "boa demais em divisar as necessidades do bebê" (Winnicott, 1960b/2022, p. 62), assim não conferindo espaço para o gesto criativo, também o analista deve aguardar que o paciente traga para o *setting* expressões de suas necessidades – "exceto quando o paciente está regredido à infância mais precoce e ao estado de fusão" (*Ibid.*, p. 63).

Há, contudo, diferenças entre esses dois tipos de trabalho em análise.

Quando o analista conta com "a certeza sobre a qualidade dos cuidados iniciais" (Winnicott, 1956a/2021, p. 489), isto é, um paciente que recebeu cuidados adequados do ambiente para seu desenvolvimento, o que teria permitido o surgimento de um *ego* suficientemente forte para ter experiências de impulso do id, o trabalho interpretativo é mais relevante que o "*setting* analítico".

Já, no tipo de *setting* em que o paciente se apresenta com uma "tendência regressiva" (entendida como a regressão "à dependência e aos processos de desenvolvimento iniciais"), espera-se um manejo tal que o paciente possa vir depositar sua confiança no analista, entregando seu falso *self* a ele, na esperança de que, enfim, seu verdadeiro *self* possa "começar a experimentar a viver" (Winnicott, 1956a/2021, p. 489).

A transferência aqui acontece como a possibilidade de o paciente lembrar e experienciar a "coisa passada", a "loucura que tem de ser lembrada" sob o paradoxo do seu reviver no momento presente pela primeira vez (Winnicott, 1963a/2005, p. 74). Experienciar o passado no presente é a única maneira de "lembrar" o passado e, para isso, o paciente "tem de organizar o que a Dra. Little chama de transferência delirante, e o analista tem de recebê-la, aceitá-la e compreender o seu desempenho" (Winnicott, 1965/2005, p. 98):

Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, nesse tipo de trabalho é mais correto dizermos que o presente retorna ao passado, e é o passado. O analista se vê, assim, confrontado com o processo primário do paciente na situação em que esse processo tinha seu valor original (Winnicott, 1956a/2021, p. 490).

Dadas essas concepções de transferência nos diferentes tipos de *setting*, Winnicott (1960a/2022, p. 203) oferece uma definição para transferência:

Transferência (...) se refere ao modo como fenômenos altamente subjetivos aparecem repetidamente na análise. A psicanálise consiste principalmente em propiciar as condições para o desenvolvimento desses fenômenos, e a interpretação deles no momento oportuno. A interpretação relaciona o fenômeno específico da transferência a uma parcela da realidade psíquica do paciente, e isso significa em alguns casos relacioná-la ao mesmo tempo a uma parcela das vivências passadas do paciente.

Tendo abordado essas concepções sobre a clínica, além do entendimento de transferência para Winnicott, passamos a falar sobre aspectos da contratransferência.

### 1.2.2. A contratransferência para Freud, Ferenczi e Winnicott

Focalizaremos o entendimento da contratransferência para Winnicott. Mas, antes, não podemos deixar de abordar a contratransferência à luz de Freud e Ferenczi.

Escolhemos Freud, primeiro, por ser ele o pioneiro a usar o termo *contratransferência* como fenômeno inerente à clínica psicanalítica "mesmo sem ter desenvolvido e elaborado o conceito", mas quem "lançou as bases de todas as considerações que vieram a emergir na pena de inúmeros seguidores, mesmo que estes possam ter enveredado por outras direções" (Figueiredo, 2013, p. 176).

Segundo, porque Winnicott seguia os princípios básicos da análise tal qual estabelecidos por Freud quando se tratava de um *setting* que lidava especialmente com pacientes neuróticos, a associação livre, a atenção flutuante, a neurose de transferência e o trabalho interpretativo. Para Winnicott, Freud teria se dirigido na sua clínica especialmente para ansiedades pertencentes aos relacionamentos interpessoais, numa fase do amadurecimento emocional em que já seria possível tomar como certo o trabalho realizado pela mãe e pela adaptação ambiental inicial na história pregressa do sujeito (Winnicott, 1954/2022).

A escolha por Ferenczi se dá por Winnicott estar inserido no que Figueiredo e Coelho Junior (2018, p. 26) chamaram de "matriz ferencziana" no que diz respeito à compreensão dos adoecimentos psíquicos na literatura psicanalítica.

A outra matriz é a "freudo-kleiniana". As "duas grandes matrizes para a compreensão dos adoecimentos psíquicos", cada uma delas abordando diferentes modelos de adoecimento e diferentes estratégias de processos de análise. A "matriz freudo-kleiniana" tem como centro de trabalho as angústias e os mecanismos de defesa contra elas, e a "matriz ferencziana", complementar à "outra e que não a torna obsoleta", focaliza a "revitalização" de uma vida psíquica que ficou "comprometida com a tendência à inércia" em estágios muito iniciais da vida, em que "apenas uma oferta prodigiosa de amor e acolhimento poderá, nesse momento, se contrapor à tendência regressiva ao inerte" (*Ibid.*, p. 26-28).

#### 1.2.2.1. Contratransferência em Freud

A primeira vez que Freud usou o termo *contratransferência* em artigo publicado foi em 1910 (1996) em *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*.

Mas em 07 de junho de 1909, em carta destinada a Jung (McGuire, 1974), Freud já usou o termo *contratransferência* ao tratar com o destinatário sobre o pedido que havia recebido de Sabina Spielrein (paciente de Jung) para tratar com ele sobre o romance entre os respectivos. Segue nossa tradução do trecho da carta:

Essas experiências, ainda que dolorosas, são necessárias e difíceis de evitar. Sem elas não podemos realmente compreender a vida e com o que estamos de fato lidando. Eu mesmo nunca fui pego por tais situações, mas cheguei bem perto várias vezes e escapei por pouco. Acredito que apenas necessidades urgentes pesam no meu trabalho, e o fato de eu ter dez anos a mais que você quando iniciei na psicanálise me salvou de experiências similares a essas. Mas não foram causados grandes danos. Essas experiências nos ajudam a desenvolver a carapaça que precisamos e a dominar a contratransferência que é, no fim das contas, um problema permanente para nós; elas nos ensinam a deslocar nossos próprios afetos para um uso melhor. Serão elas uma *benção disfarçada?*” (McGuire, 1974, pp. 230-231. Tradução livre).

Vemos, portanto, que Freud confere à contratransferência uma experiência importante no sentido de que, se pode causar um problema e uma dificuldade à primeira vista, com o tempo o analista se dá conta de que pode fazer um uso proveitoso dos seus próprios afetos, “um uso melhor”, criando a proteção que precisa para lidar com a contratransferência. Contudo, não deixa de considerar um *permanente problema* que o analista precisa dominar.

Voltamos à comunicação de Freud (1910/1996, p. 146) no Segundo Congresso de Psicanálise, realizado em Nuremberg, em 30 e 31 de março de 1910, em que ele nos situa sobre o tipo de clínica ao qual está se referindo, ou seja, as neuroses: “(...) é minha intenção, hoje, mostrar-lhes que, de nenhuma maneira, chegamos ao final de nossos recursos no combate às neuroses (...)”. E, no que se refere às “inovações” na técnica psicanalítica, Freud fala brevemente sobre a contratransferência, “como resultado da influência do paciente sobre seus (leia-se: do analista) sentimentos inconscientes”, portanto um fenômeno inerente à clínica e dependente da relação transferencial.

Nessa passagem, Freud (*Ibid.*, p. 150) confere ao analista a tarefa de reconhecer e dominar a contratransferência. O analista estará impedido de avançar em seu trabalho enquanto não lidar com “seus próprios complexos e resistências internas”.

Em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912/1996), Freud refere-se à contratransferência, mas sem mencioná-la expressamente. Da mesma forma que é esperada do paciente a transmissão do material psíquico por meio da associação livre, do analista é esperado que receba esse material com a prática da atenção flutuante, e, assim:

Fazer uso de tudo o que lhe é dito para fins de interpretação e identificar o material inconsciente oculto, sem substituir sua própria censura pela seleção de que o paciente abriu mão (...) Ele não pode tolerar quaisquer resistências em si próprio que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente; doutra maneira, introduziria na análise nova espécie de seleção e deformação que seria muito mais prejudicial que a resultante da concentração da atenção consciente (*Ibid.*, p. 129).

E para que o analista possa preencher essa “condição psicológica em alto grau” (Freud, 1912/1996, p. 129), recomenda a análise pessoal.

No artigo *Observações sobre o amor transferencial*, fala-se do uso da transferência como uma resistência do paciente, em especial o amor transferencial em que o paciente se enamora pelo analista. Freud (*Ibid.*, pp. 178-182) volta a mencionar expressamente a contratransferência:

Para o médico, o fenômeno significa um esclarecimento valioso e uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente em sua própria mente. Ele deve reconhecer que o enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica e não deve ser atribuído aos encantos da sua própria pessoa (...). Além disso, a experiência de se deixar levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. Nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos, subitamente, um dia, ir mais além do que havíamos pretendido. Em minha opinião, portanto, não devemos abandonar a neutralidade para com a paciente, que adquirimos por manter controlada a contratransferência.

Portanto, cabe ao analista estar ciente de que a transferência pode se dar sob a forma de um *apaixonar-se pelo analista*, o que não significa que o paciente se apaixonou pela *pessoa em si* do analista, que não é conhecida pelo paciente fora daquele contexto. É preciso saber lidar com sentimentos contratransferenciais desse enamoramento para levar a análise adiante. E, para isso, Freud repete a fórmula do controle da contratransferência para manter a neutralidade diante do paciente.

Joyce McDougall (2013, p. 01. Grifo nosso) nos lembra como Breuer não foi capaz de levar adiante o tratamento com Anna O. por ter se assustado com um comportamento (transferencial) não esperado, encerrando abruptamente o tratamento:

Ao escolher o teatro como metáfora da realidade psíquica talvez estivesse seguindo os passos de Anna O., que na virada do século, evocava suas ‘associações livres’, por ocasião de seu tratamento com Breuer, como sendo seu ‘teatro particular’. Para o analista, trata-se de um teatro que seus analisandos desejam partilhar com ele e no qual é convidado a representar vários papéis. **Mas, ao contrário de Breuer, que se assustou com o papel que Anna O. o fez representar, o analista tenta observar bem o seu**

**próprio teatro interior e interpretá-lo da melhor maneira possível antes de interpretar o de seu paciente.**

Portanto, para Freud, “o problema não é a contratransferência em si, mas a possibilidade de não a reconhecer, o que daria livre curso a seus efeitos inconscientes” (Minerbo, 2020, p. 59).

*1.2.2.2. Contratransferência em Ferenczi*

Em cartas trocadas entre Ferenczi e Freud (1993), os dois analistas vinham abordando entre eles o tema da *contratransferência* desde 1910. Fazemos menção ao conteúdo de apenas uma delas, de 5 de abril de 1910 (1993, p. 158), que nos chamou atenção, pois, desde então, Ferenczi já trazia questões sobre o ponto de vista de Freud. Nessa carta, Ferenczi diz a Freud que seguia a técnica recomendada da “supressão da contratransferência”; inclusive, instintivamente, antes mesmo de Freud ter falado a respeito. Contudo, já demonstra um certo receio quanto ao possível entendimento de dureza e inflexibilidade no conceito de controle da contratransferência. Diz que suspeitava que essa supressão contínua deveria causar alguma perturbação ao analista, principalmente a alguém, como ele, que, depois de um dia de dez a doze horas de trabalho, se encontrava à noite, sozinho, prescindindo de todo objeto de amor.

Vamos fazer uso de três artigos de Ferenczi para abordarmos algumas de suas concepções sobre a contratransferência na clínica psicanalítica: *Domínio da contratransferência* – parte IV do artigo *A técnica psicanalítica* (1918/2011a); *Elasticidade da técnica psicanalítica* (1928/2011b); e *Confusão de língua entre adultos e a criança* (1933/2011b).

No seu artigo de 1918, Ferenczi (2011a, p. 416) se reporta a médicos que, antes do advento da psicanálise, intuitivamente já haviam encontrado na transferência "o fator eficiente de toda sugestão médica", constatando que "em última análise, essa transferência nada mais faz que repetir a relação infantil erótica com os pais". Daí alguns médicos serem considerados "amáveis" ou "grosseiros" pelos seus pacientes.

O analista, porém, não tem a prerrogativa do uso da sugestão e tem uma “dupla tarefa” ao ser objeto dessa transferência no *setting*. Fazendo referência à técnica comunicada por Freud, diz que cabe ao analista “observar o paciente, examinar suas falas, construir seu inconsciente a partir de suas proposições e de seu comportamento” e, ao mesmo tempo, “controlar constantemente sua própria atitude a respeito do paciente e, se necessário, retificá-

la, ou seja, dominar a contratransferência”. E a condição para essa tarefa é que o analista tenha sido analisado.

Ferenczi (2011a, pp. 416-418) não despreza a aprendizagem da técnica do controle da contratransferência, a percepção adequada pelo analista dos “sintomas da contratransferência”. O contrário, inclusive, poderia trazer “dissabores”.

Mas questiona como fazer esse controle, mesmo sendo o analista analisado, já que este "não poderia emancipar-se das particularidades do seu caráter e das flutuações do seu humor". Avalia o risco do analista se tornar extremamente "duro e inacessível ao paciente", prejudicando inclusive a transferência, ao se propor "controlar tudo o que poderia dar lugar a complicações em seus atos, suas falas e até seus sentimentos" (Ferenczi, 2011a, pp. 417-418).

Portanto, nesse artigo, Ferenczi propõe que, sim, deve haver um exercício pelo analista do controle da contratransferência, e isso propiciará, ao longo do tempo, a criação de recursos suficientes para trazer consigo uma espécie de "sentinela" que dará "o alerta se os sentimentos a respeito do paciente ameaçarem ultrapassar a medida certa". A partir dessa postura o analista poderá então "relaxar" durante o processo de análise e estar apto a, ao mesmo tempo, exercer um exame metódico do material fornecido e manter sua atenção flutuante frente às associações, às fantasias e ao inconsciente do paciente (*Ibid.*, p. 418).

Em 1928, com *Elasticidade da técnica psicanalítica*, Ferenczi (*Ibid.*, p. 40) se aprofunda mais em sua percepção sobre a contratransferência, suscitando, inclusive, "uma eventual metapsicologia dos processos psíquicos do analista durante a análise". No mais, é possível destacarmos o conceito de contratransferência entendida como a atitude e sentimentos do analista a respeito do paciente, um investimento (do analista em relação ao paciente) que "oscila entre identificação (amor objetual analítico), por um lado, e autocontrole ou atividade intelectual, por outro". E continua, uma "sobrecarga – que, por outra parte, quase nunca se encontra na vida – exigirá cedo ou tarde a elaboração de uma higiene particular do analista" (*Ibid.*, p. 40).

A contratransferência, e a forma do analista em lidar com ela, estaria abarcada sob aquilo que Ferenczi chamou de "tato psicológico" (ou "a faculdade de sentir com"). Por *tato psicológico* entenda-se a sensibilidade no manejo clínico do analista resultante de sua experiência na "dissecação de numerosos psiquismos humanos" com a ajuda de seu saber técnico e teórico, mas, sobretudo, em função da "dissecação" de seu próprio psiquismo (*Ibid.*, p. 31).

Envolveria "tornar presentes as associações possíveis ou prováveis do paciente", dada a força de sua resistência, e decidir, com melhor propriedade, quando o material fornecido já é

suficiente para extrair certas percepções e conclusões, a forma de comunicá-las ao paciente, como lidar com suas reações, qual o momento de ficar em silêncio. Tudo no sentido de aliviar pressões que já são estimuladas pela própria resistência do paciente e "adivinhar não só seus pensamentos retidos, mas também as tendências que lhe são inconscientes". Ferenczi equipara o *tato psicológico* a uma "exigência moral de não fazer ao outro o que, em circunstâncias análogas, não gostaríamos que fizessem a nós" (Ferenczi, 2011b, p. 31).

Pois bem, dentro desse cenário, a necessidade de o analista lidar com a contratransferência estaria expressa numa "oscilação perpétua entre 'sentir com', auto-observação e atividade de julgamento", isto é, ser perceptivo e sensível aos humores do paciente, mas também se ater firmemente à sua posição "ditada pela experiência analítica" (*Ibid.*, pp. 38-42).

Essa postura teria resultados em suas atitudes, dentro no manejo clínico, como a de "retirar por um momento sua libido do paciente e avaliar a situação com frieza", não se deixando guiar pelos seus sentimentos, em especial no momento de fazer uma comunicação. Ou ainda, não se nutrir de sentimentos de despeito, ter autocontrole e ser paciente frente a afrontas e idiosincrasias do paciente, com o que poderá ser recompensado mais à frente "a uma nascente transferência positiva" (*Ibid.*, pp. 32-35).

Em 1933, com o artigo *Confusão de língua entre adultos e a criança*, já podemos visualizar com mais nitidez como Ferenczi (2011c, p. 111) considerava a contratransferência diante do trabalho com pacientes com quadros clínicos resultantes de uma vida psíquica comprometida em estágios muito iniciais da vida, para os quais considerou ser preciso um aprofundamento no conhecimento da influência do ambiente (que ele chama de "origem exterior"), invocando ainda "uma regressão na técnica (e, também em parte, na teoria das neuroses)" diante de "certos fracassos ou resultados terapêuticos incompletos". Tais "fracassos" começam a chamar sua atenção ao ser acusado por pacientes que, em sua angústia, o acusavam de uma conduta fria, dura, cruel, egoísta e presunçosa.

É bom que se diga que essas explosões de cólera e de furor só sobrevinham excepcionalmente; muitas vezes, no final da sessão, as minhas interpretações eram aceitas pelo paciente com uma docilidade e um empenho impressionantes, e até com certa confusão. Por fugaz que fosse essa impressão, ela me fez suspeitar de que mesmo esses pacientes dóceis experimentavam em segredo pulsões de ódio e de cólera, e incitei-os a abandonar toda circunspeção a meu respeito. Mas esse encorajamento teve pouco êxito; a maioria recusou-se de maneira enérgica a aceitar essa excessiva solicitação, embora estivesse suficientemente escorada no material analítico (Ferenczi, 2011c, p. 112).

E é diante desses “fracassos” e das críticas dos pacientes endereçadas ao analista, ainda que “recalcadas ou reprimidas”, que Ferenczi (2011c., p. 113) diz se defrontar com suas próprias resistências. Invoca mais uma vez a necessidade de analistas serem bem analisados, conhecerem a fundo seus “traços de caráter desagradáveis, exteriores ou interiores” para, assim, estarem “prevenidos” seja em relação ao ódio e ao desprezo escondidos na transferência, seja em relação a suas próprias questões pessoais e íntimas que o analista pode se ver enredado durante a sessão.

Ferenczi também considera que os sentimentos e o comportamento do analista em relação ao paciente podem traduzir o “estado de coisas que outrora, ou seja, na infância, o fez adoecer (*leia-se: o paciente*)”. Nessas circunstâncias, a capacidade do analista em admitir seus erros e renunciar a eles é o que irá permitir que ganhe a confiança do paciente, uma confiança que o paciente não pode experimentar no seu passado, um “passado insuportável e traumatogênico” (Ferenczi, 2011c, pp. 114-115):

(...) o contraste (*entre passado e presente*) é indispensável para que o passado seja reavivado, não enquanto reprodução alucinatória, mas como lembrança objetiva (...). Não surpreende que o paciente não possa fazer outra coisa senão repetir exatamente, como quando da instalação da doença, a formação dos sintomas desencadeados por comoção psíquica.

A partir dessas observações clínicas Ferenczi faz uma crítica à tendência dos analistas a preservar construções teóricas vigentes em detrimento de fatos clínicos “que abalariam a nossa segurança e a nossa autoridade” (*Ibid.*, p. 115). Considera que, até então, os analistas não teriam dado a atenção adequada a manejos envolvendo a “regressão ao infantil” em casos clínicos que o esperado pelo paciente é a “benevolência materna”:

Se essa benevolência vier a faltar, a criança vê-se sozinha e abandonada na mais profunda aflição, isto é, justamente na mesma situação insuportável que, num certo momento, a conduziu à clivagem psíquica, e pôs fim à doença (*Ibid.*, p. 115).

Notamos que Ferenczi não abandona as recomendações técnicas de Freud em relação à contratransferência, mantendo a perspectiva da necessidade do seu reconhecimento pelo analista e a expressa recomendação de análise pessoal. Por outro lado, Ferenczi traz à luz dois aspectos relevantes a serem considerados pelo analista.

O primeiro deles, o *tato psicológico*. Provavelmente, conforme sua manifestação epistolar de 1910, pelo receio de uma certa dureza quanto à recomendação de supressão da contratransferência o que poderia tornar o analista inacessível ao paciente, prejudicando inclusive a transferência. Conforme as palavras de um “crítico” citado por Ferenczi, esse

aspecto (o *tato*) não teria sido desconsiderado por Freud, mas os seus conselhos técnicos “eram essencialmente negativos”, parecendo-lhe que o “mais importante era ressaltar o que não se devia fazer”. Para esse “crítico”, Freud teria relegado ao *tato*, agora expressamente tratado por Ferenczi, aquilo que se poderia fazer no *setting* analítico (Ferenczi, 2011c, p. 41).

E o segundo aspecto a ser considerado na contratransferência, conforme Ferenczi, estaria especialmente relacionado a uma clínica com pacientes com quadros resultantes de uma vida psíquica comprometida em estágios muito iniciais da vida, para os quais seria necessário um manejo diferenciado daquele dos quadros de neuroses. E nesse *setting* o analista deve estar atento para perceber como alguns de seus próprios comportamentos em relação ao paciente, inclusive erros, podem ser os indicadores de um estado de coisas que fez o paciente adoecer no passado e que agora vêm sendo expressos na transferência e na contratransferência, de modo que neutralizar a contratransferência poderia, inclusive, prejudicar o tratamento.

### 1.2.2.3 Contratransferência em Winnicott

Em dois de seus artigos Winnicott trata especificamente do tema da contratransferência. O primeiro escrito em 1947 (2021), *O ódio na contratransferência*, e outro treze anos depois, em 1960a (2022), *Contratransferência*.

Em 1945, em seu artigo *Desenvolvimento emocional primitivo*, Winnicott (2000, p. 220-232) já afirmava que o analista precisa estar atento e levar em conta as “mudanças na situação transferencial”. Deve distinguir o papel do analista no atendimento clínico de pacientes que necessitam “de análise da ambivalência de seus relacionamentos externos” de seu trabalho em um *setting* em que estão presentes questões inerentes ao desenvolvimento emocional em fases mais iniciais da vida do paciente.

Assim, fazendo referência a esse último *setting*, primeiro em relação ao “paciente deprimido”:

O trabalho do analista é percebido como sendo realizado a partir do amor pelo paciente, sendo o ódio desviado para coisas que merecem ser odiadas. O paciente deprimido exige do seu analista a compreensão de que o seu trabalho implica, em certa medida, no esforço de dar conta de sua própria depressão (do analista), ou melhor, da culpa e da dor resultantes dos elementos destrutivos de seu amor (do analista) (*Ibid.*, p. 232).

E, a seguir, sobre o paciente cuja demanda é “referente ao seu relacionamento objetal primitivo, pré-depressivo”:

Precisa que o analista seja capaz de perceber os seus (do analista) sentimentos de amor e ódio não deslocados e co-incidentes pelo paciente. Nestes casos o final da sessão, o final da análise, as regras e os regulamentos, todas essas coisas representam importantes expressões de ódio, assim como as boas interpretações são a expressão do amor e o símbolo do bom alimento e do bom cuidado dispensados ao paciente (Winnicott, 1945/2000, p. 232).

Essa foi uma antecipação de Winnicott ao que viria expor dois anos depois, em *O ódio na contratransferência*, sobre como “o paciente reconhece no analista apenas o que ele mesmo é capaz de sentir”. Neste artigo Winnicott (1947/2021, p. 358) trata do manejo, pelo analista, de seu próprio ódio no ambiente analítico.

Ao se referir a “análises mais comuns”, ou seja, a análise de “pacientes cujos sintomas são de natureza neurótica”, Winnicott (*Ibid.*, pp. 360-361) considera que é mais fácil ao analista manejar seu próprio ódio. Esse ódio, “pertencente ao passado e conflitos internos” do analista, poderá ser liberado, permanecer latente ou mesmo ignorado, seja por meio da análise pessoal do analista ou, ainda, por meio de uma série de motivos listados por Winnicott, tais como a convicção do analista de que a psicanálise é uma escolha sua e o *setting* faz parte de sua expressão de vida, pelos fatos de ser pago, estar aprendendo, chegar ao fim da sessão, entre outros.

Já, na análise de pacientes psicóticos, que se encontram “num estado afetivo de amor e ódio coincidentes” (*Ibid.*, p. 358), além de se dispor diante das necessidades do paciente com a confiabilidade, paciência e tolerância semelhantes à “de uma mãe dedicada a seu bebê” (*Id.*, p. 369), é preciso que o analista esteja consciente e bem resolvido quanto ao seu próprio ódio, caso contrário, encontrará muitos problemas no manejo de um *setting* que representa uma alta carga emocional.

Considera imprescindível que sentimentos reativos à personalidade e ao comportamento desses pacientes não sejam reprimidos e, mais, que sejam identificados e compreendidos “com base numa observação objetiva”. Não só para que não se tornem os motivos determinantes no modo como o analista trata esses pacientes, como também para tolerar a transferência nesse *setting* “inevitavelmente irritante” (*Ibid.*, pp. 356-358).

Essa identificação e compreensão dos seus sentimentos de uma forma objetiva significa que o ódio “justificado no *setting* presente” deverá ser “destrinchado, guardado e disponibilizado para eventual interpretação” (*Ibid.*, p. 359). Só assim o analista será capaz de manter seu ódio latente e, ao expressá-lo, quando preciso, que consiga expressar “um ódio que seja objetivo” por meio da interpretação (*Ibid.*, p. 364). Expressar seu ódio (de forma

objetiva) é uma construção feita durante o processo de análise para que o paciente possa, um dia, tolerar a extensão de seu próprio ódio. “Ele (*leia-se: o paciente*) precisa de ódio para poder odiar” (Winnicott, 1947/2021, p. 369).

E para que o analista seja capaz desse manejo clínico, Winnicott sugere a análise profunda do analista que deve alcançar seus níveis mais primitivos. E foi nesse sentido que, em *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico* (1954/2021), ao mencionar o processo de análise de uma de suas pacientes, Winnicott (*Ibid.*, p. 465) disse:

O tratamento e o manejo desse caso puseram em xeque tudo o que tenho como ser humano, psicanalista e pediatra. Fui obrigado a crescer como pessoa no decorrer do tratamento, de um modo doloroso que eu teria evitado com todo o prazer. Particularmente, foi-me necessário aprender a examinar minha própria técnica toda vez que surgiam dificuldades, e em todas as fases de resistência ocorridas – por volta de uma dúzia delas – sempre ficava claro mais tarde que a causa originava-se de algum fenômeno de contratransferência, exigindo uma autoanálise adicional do analista.

Em outra ocasião, Winnicott (1954/1990, p. 69. Grifo nosso) parabeniza Harry Guntrip por ter sido capaz de lidar com o ódio na clínica:

Quanto ao futuro de sua paciente acho que o senhor está no caminho certo, embora haja dificuldade à frente. Por exemplo, o senhor foi capaz de seguir a regressão da paciente até a dependência e de ficar no lugar de uma figura inicial de mãe, isto é, daquela que é anterior à ideia objetivamente percebida de mãe da paciente. Eu pensaria que deve existir um grande ódio pelo senhor por causa dessa posição, que o senhor assumiu, já que a paciente emerge da regressão e torna-se, portanto, consciente da dependência. **Quando isso não é esperado pode haver uma perplexidade diante do tremendo ódio que surge dentro da relação de amor nesses estados de regressão.**

Em seu artigo *Cura: uma conversa com médicos*, Winnicott (1970/2021, p. 137) diz: “aceitamos o amor e o ódio do paciente, somos por eles afetados, mas não provocamos nenhum deles nem esperamos derivar satisfações emocionais de uma relação profissional” e, mais adiante, traz outro raciocínio que parece completar esse primeiro: “a crueldade aparece inevitavelmente em nosso trabalho, mas, para tolerar a crueldade (*leia-se: o analista tolerar a sua própria crueldade*), precisamos olhar para a própria vida fora de nossas relações profissionais”. Apesar de Winnicott não conferir esse nome, bem que poderia estar falando de contratransferência.

Portanto, no artigo de 1947, “principalmente sobre ódio”, Winnicott (1960a/2022, p. 202) sustenta o entendimento de Freud e mantido por Ferenczi no que se refere ao reconhecimento da contratransferência pelo analista e à recomendação de análise pessoal. Mas também traz postulações próximas ao conceito de *tato psicológico* de Ferenczi, ante o

apontamento de uma atitude mais ativa do analista no sentido de compreender que seus sentimentos de ódio poderão ser utilizados para fins de manejo na clínica de pacientes com questões inerentes ao desenvolvimento emocional em fases mais iniciais da vida.

Em seu artigo *Contratransferência* (1960a/2022, pp. 205-209), Winnicott propõe uma extensão do significado da palavra *contratransferência*. Num primeiro significado do termo, Winnicott está se referindo especialmente ao *setting* em que é possível utilizar a “técnica psicanalítica clássica”, em que se apresenta a neurose de transferência. Ao *setting* atribuído aqueles pacientes “cuja própria dependência infantil foi elaborada com êxito por sua mãe e seu pai” e no qual a atitude profissional do analista – sua “técnica” e seu “esforço mental consciente” – é a base de seu trabalho e da habilidade de manutenção de um relacionamento profissional.

O analista poderá se desfazer de defesas rígidas criadas para enfrentar seu trabalho; por outro lado, não deixará a vulnerabilidade própria de "uma organização defensiva flexível", significando que ideias e sentimentos pessoais do analista permanecem envolvidos no processo de análise. No entanto, estes são "examinados e filtrados" antes de se decidir sobre o conteúdo de uma interpretação, se, como e quando a exteriorizar. A ênfase desse conceito de *contratransferência* mais uma vez recai sobre a necessidade de o próprio analista proceder à sua própria análise, não com a finalidade do analista se livrar de sua própria neurose, mas sim "aumentar a estabilidade de caráter e a maturidade da personalidade do profissional" (*Ibid.*, pp. 207-205).

O segundo significado de *contratransferência* proposto por Winnicott nesse artigo, não excluindo o primeiro, abarca o que ele denominou de "papel do analista" e delimita-o ao âmbito do *setting* de pacientes que "necessitam de uma regressão" a estágios bem iniciais de seu desenvolvimento emocional. O sentido aplicável ao termo *contratransferência* nesses casos seria o mesmo de uma "resposta total do analista às necessidades do paciente", uma formulação de Margareth Little, entendida como o "uso que o analista pode fazer de suas próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica desse paciente no *self* do analista" (*Ibid.*, pp. 208-211).

Sobre esse segundo significado, iremos nos aprofundar no Capítulo 2, a seguir.

Considerando os dois artigos de Winnicott sobre *contratransferência* (de 1947 e de 1960), concluímos que, para Winnicott (*Ibid.*, p. 209), o conceito aplicável de *contratransferência* dependerá do tipo de *setting* em que o analista está lidando. Num primeiro tipo, incluiria aqueles pacientes "cujas próprias dependências infantis foram elaboradas com êxito por sua mãe e seu pai", em que prepondera a neurose de transferência. Num segundo

tipo, um *setting* em que há necessidade de um manejo modificado por envolver pacientes cujas demandas remontam a estágios mais primitivos de seu desenvolvimento.

No primeiro caso, a contratransferência é entendida como os "aspectos neuróticos (*leia-se: do analista*) que estragam a atitude profissional e perturbam o curso do processo analítico determinado pelo paciente" (1960a/2022, p. 207). Sua ênfase recai sobre a *atitude profissional* do analista, sua *técnica* e *esforço mental consciente*, mantidos em análise para o melhor momento de uma interpretação, o que poderá ser alcançado se o analista, implicado na sua própria análise, for capaz de "aumentar a estabilidade de caráter e a maturidade da personalidade profissional" (Winnicott, 1947/2021, p. 205) no sentido não de eliminar suas ideias e sentimentos pessoais, que permanecem envolvidos no processo de análise junto ao paciente, mas antes ser capaz de examiná-los e filtrá-los para, aí sim, trazer uma comunicação.

No segundo, Winnicott se aprofunda na teoria de Ferenczi, tanto o *tato psicológico*, como já nos referimos acima, quanto quando este convoca o analista a estar atento e perceber em seus sentimentos e comportamentos, inclusive erros, os indicadores de falhas ambientais que fizeram o paciente adoecer no passado e que vêm expressos no presente na transferência e na contratransferência. É nesse cenário que Winnicott estende o significado do termo contratransferência para incluir atitudes de manejo sob os termos "papel do analista" e "respostas do analista".

## 2.0. DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO NO *SETTING* ANALÍTICO – ASPECTOS DA CONTRATRANSFERÊNCIA E DA RESPOSTA DO ANALISTA

Tendo em conta as vicissitudes e particularidades que o analista poderá vir a se deparar numa clínica em que o paciente precisa regredir a fases mais primitivas do seu desenvolvimento emocional, nosso propósito neste capítulo é apresentar como Winnicott tece sua teoria a respeito do papel do analista nessa clínica, especialmente sob a ótica da contratransferência.

Cada sujeito, na sua singularidade e no seu processo de análise, lida com questões (falhas, frustrações, limitações e traumas) inerentes a diferentes fases do seu desenvolvimento emocional, das fases mais remotas e primitivas às fases que correspondem a um maior amadurecimento emocional. Assim, entendemos que todo processo de análise comporta alguma regressão a estágios anteriores do desenvolvimento, seja qual for a modalidade de clínica que estamos falando, de acordo com as demandas de cada paciente. Nesse sentido, Khan (1975/2001, p. 09) nos esclarece:

Freud e outros analistas haviam determinado a onipresença da regressão em todas as doenças psiquiátricas e na relação de transferência. A ênfase recaía principalmente na regressão a estágios mais primitivos do desenvolvimento libidinal nas fantasias e desejos correspondentes.

Utilizamos o termo regressão no sentido assinalado por Winnicott (1954/2021), que acrescentou à ideia de Freud acima citada "a ênfase sobre o elemento da necessidade nos fenômenos e estados regredidos" (Khan, 1975/2001, p. 09).

Para Winnicott, em seu artigo *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico*, progresso, no contexto do desenvolvimento emocional do indivíduo, é um processo evolutivo envolvendo "psicossoma, personalidade e mente, junto com (finalmente) a formação do caráter e a socialização", um processo por trás do qual há um impulso biológico e que antecede ao nascimento.

Um ambiente suficientemente bom é capaz de prover ao indivíduo condições para a continuidade desse processo evolutivo, significando saúde a "maturidade do desenvolvimento emocional adequado à idade do indivíduo" (Winnicott, 1954/2021, p. 466). Para o autor, regressão seria o contrário de progresso.

Winnicott (*Ibid.*, p. 468) postula dois tipos de regressão. Um deles como um fenômeno saudável em que o sujeito, ao se defrontar com dificuldades, regride para uma situação

ambiental primitiva de êxito, onde há uma "memória de uma dependência". O outro tipo de regressão, e a que estamos nos referindo aqui, é para uma "situação primitiva de falha" ambiental. São pacientes que trazem para o *setting* aspectos falhos do seu desenvolvimento emocional primitivo correspondentes a estágios muito iniciais da vida do sujeito e à construção da personalidade.

Nesses estágios iniciais, é de essencial importância a qualidade do ambiente, especialmente a qualidade do relacionamento do bebê com a mãe ou cuidador primário. Na saúde, a pessoa tem condições de se identificar com a criança a ponto de se adaptar bem o suficiente para não distorcer o desenvolvimento do sujeito, de prover um ambiente que, no início, "o indivíduo nada sabe sobre ambiente algum – e é um com ele" (Winnicott, 1954/2021, p. 470).

Contínuas falhas ambientais nessa fase muito precoce da existência resulta na necessidade de sucessivas reações do indivíduo. Este tem que reagir e se recuperar repetida e rapidamente, porém desprovido de recursos e de tempo adequados. Ocupado em se defender desse sofrimento intolerável, o sujeito não tem oportunidade nem condição de realizar o trabalhoso processo de integração dos processos intelectuais com experiências psicossomáticas. Seu “continuar a ser” fica interrompido, e seus “elementos constitucionais” (Winnicott, 1956/2021, pp. 498-501) ficam congelados num estágio do desenvolvimento emocional em que o meio ambiente ainda se apresenta como parte do sujeito, incapaz de diferenciar o “eu” do “não-eu” (Winnicott, 1970/2005).

Sua organização inicial de *ego* e constituição do *self* ficam referendadas numa “ansiedade muito primitiva, bem anterior a qualquer outra que inclua em sua descrição a palavra morte” (Winnicott, 1956/2021, p. 499), e o resultado para o indivíduo é uma ameaça de aniquilação (Winnicott, 1963c/2022). As reiteradas experiências de recuperação às ameaças de aniquilação dão forma a uma crença, uma “pressuposição inconsciente (que pode se transformar numa esperança consciente) de que em algum momento futuro haverá oportunidade para uma nova experiência na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida” (Winnicott, 1954/2021, p. 467). Essa crença é a razão da sobrevivência do sujeito e sua entrega ao processo de análise.

Uma pessoa nunca conseguirá regredir à dependência por si mesma, nem mesmo pedir por isso; é preciso que um outro, esse novo ambiente (o *setting* analítico) em que o sujeito deposita sua confiança, perceba essa necessidade e proporcione “condições favoráveis” (Khan, 1975/2021, p. 31) para a vivência de um contexto que o sujeito não desfrutou, um

contexto de segurança, sustentação e apoio de *ego* para que possa “realizar uma adaptação adequada, ainda que tardia” (Winnicott, 1954/2021, p. 470).

“Lidar clinicamente com as necessidades do paciente no estágio de regressão à dependência implica invariavelmente mais um *manejo da situação* do que uma interpretação” (Khan, 1975, p. 33); o “trabalho analítico normal” pode ser deixado de lado por longos períodos (Winnicott, 1954/2021).

Quanto mais caminhamos para trás em nosso estudo do desenvolvimento humano, ficamos cada vez mais óbvia e profundamente envolvidos no estudo do ambiente, o que em termos de psicoterapia significa o manejo (Winnicott, 1990, p. 119).

Manejo é um cuidado, uma adaptação ativa do meio às necessidades do sujeito, seja do ambiente feito pela mãe ou cuidador substituto, orientados pela identificação com o indivíduo, seja do *setting* e o analista. Conforme Dias (2023, p. 138), "o significado e a direção do manejo, num dado contexto, variam segundo a etapa do amadurecimento ao qual ele se aplica".

No caso do paciente psicótico há uma "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" (Deus, 2014, p. 45), o seu verdadeiro si mesmo, que ficou encoberto por defesas protetoras e a partir do qual poderá começar a se comunicar e se relacionar.

Loparic (2010, p. 6) descreve o manejo nesse *setting* como uma "série de atitudes e providências, que incluem a confiabilidade do analista, a regularidade ambiental, a capacidade do analista de reconhecer seus erros e decisões de ordem prática". Trata-se da psicanálise praticada de "forma modificada" (Winnicott, 1960a/2022, p. 209-210), referida por Winnicott (1962/2022, p. 217) como esta "outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião" e na qual "dar a palavra ao que vem do inconsciente, fazê-la ressoar e dispersá-la interpretativamente já não ocupa o centro do processo" (Figueiredo, 2008, p. 120).

A "ênfase se volta para a qualidade da situação analítica" (Khan, 1975/2001, p. 08). Tosta (2012, p. 88) confere destaque para o termo "situação" indicando que é equivalente à totalidade ambiental oferecida que inclui a sustentação existencial do paciente. Essa "situação" seria algo similar à experiência produzida pela mãe da qual se espera ser madura e fisicamente capaz, tolerante e compreensiva (Winnicott, 1945/2000), daí as intervenções realizadas no *setting* virem como "forma especializada de cuidar" (Tosta, 2012, p. 88).

A expressão "analista-ambiente" proposta por Tosta (2019, p. 544) se mostra bastante adequada para uma das funções do analista nesse *setting*. Conforme Tosta, a função "analista-ambiente" é prioritária quando o paciente se apresenta com um nível de desenvolvimento precário, sendo a função do analista a de sustentação, de forma semelhante à da mãe-ambiente nos estágios iniciais do bebê. Uma função que "se caracteriza pela presença psicossomática da pessoa do analista e inclui o espaço físico e o *setting*", uma "ambiência analítica que tem a ver com toda uma linguagem não verbal e com a sensibilidade e empatia sensível que atravessa a relação analítica".

O paciente poderá passar por todo um período regredido ou apenas com algumas "fases de regressão à dependência dentro da transferência" (Khan, 1975/2021, p. 36). Pode, portanto, ser um longo período, fases curtas ou mesmo num espaço de tempo dentro de uma mesma sessão. Independente do tempo, o importante é a crença do sujeito de que um dia será possível "descongelar a situação congelada" (Winnicott, 1954/2021, p. 470).

Havendo a esperança inconsciente de uma transformação é possível que, aos poucos, o paciente entregue seu falso *self* ao analista para dar espaço à possibilidade de, enfim, criar "gestos verdadeiros e espontâneos de autorrealização" (Khan, 1975/2021, p. 19) e acessar seu verdadeiro *self*, antes oculto, que, agora sim, "poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver" (Winnicott, 1956/2021, p. 489). Para os psicóticos, diferente dos neuróticos, seus problemas não fazem parte da vida e sim de uma luta constante para alcançar a vida e, enfim, começar a viver, experimentando, inclusive, as dificuldades inerentes à própria vida (Winnicott, 1990).

Sobre o analista, quanto mais ele confia no seu próprio manejo da regressão, "quanto mais rápida e completamente ele aceitá-la e encará-la", menores serão as chances de o paciente precisar desenvolver uma doença com característica regressivas. (Winnicott, 1954/2021, p. 436).

Portanto, caso haja necessidade de um manejo regressivo, espera-se que o analista esteja pronto para aceitar a dependência do paciente e as vicissitudes dessa clínica, sendo que aspectos contratransferenciais poderão interferir no manejo e no sucesso do tratamento.

Interessante como Winnicott (1959/2023, p. 132) nos coloca numa posição empática frente ao paciente psicótico ao enfatizar a universalidade desse fenômeno, algo que o analista pode levar para sua prática clínica: "quando vemos um paciente psicótico, sentimos que, 'não fosse pela graça de Deus, aí estaríamos nós'. Conhecemos em nós o distúrbio que no paciente encontramos sob uma forma exagerada".

## 2.1. O paciente psicótico (ou da sua “parte psicótica”) para Winnicott

Nesse tipo de clínica Winnicott (1960a/2022, p. 211) está se referindo ao manejo e tratamento “do paciente psicótico ou mesmo da parte psicótica do paciente”, nos quais há um distúrbio envolvendo a estrutura da personalidade, “o que equivale a propor que a etiologia da psicose envolve um distúrbio no desenvolvimento do ego” (Deus, 2014, p. 43), e esse autor continua:

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”. 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.

Em artigo de 1959, Winnicott (2023) categoriza as psicoses clinicamente entre aquelas de *tendência maníaco-depressiva e as desordens esquizoides*, incluindo, nestas últimas, no grau mais alto, a esquizofrenia. Acompanham as psicoses um grau razoável de delírios de perseguição manifestados tanto na hipocondria quanto numa hipersensibilidade de caráter paranoide. Em todas essas defesas organizadas que caracterizam a psicose há sempre uma “ameaça de confusão, que constitui na verdade um colapso da integração” (Winnicott, 1960/2023, p. 113).

Na psicose de *tendência maníaco-depressiva*, há uma dissociação entre o estado deprimido e maníaco. Em cada uma dessas alternâncias de humor, “o paciente não está em contato com a condição correspondente à oscilação contrária”. A depressão e seu aspecto mórbido, severo, sombrio, são substituídos por um comportamento demasiado vivaz, que, numa fase posterior, o sujeito “paga por ela com o retorno da depressão inevitável” (*Ibid.*, p. 91).

Winnicott (*Ibid.*, p. 271) compara esse estado à fronteira entre o que antes eram Berlim Ocidental e Berlim Oriental quando da existência do muro entre elas, dado o reconhecimento do fato de que o muro estava lá para abafar, postergar a resolução de um conflito. Se o muro não estivesse lá (leia-se: se a depressão não fosse instaurada), haveria guerra. No humor depressivo, há a tolerância do estado de conflito, a aceitação “de que existe conflito na realidade psíquica interna do indivíduo e na disposição de postergar a resolução do conflito e

tolerar o desconforto provocado por esse humor”. Na alternância de humor, o sujeito passa para um estado de “resolução do conflito, que significa guerra ou conquista”.

Nas psicoses que Winnicott categoriza como *desordens esquizoides*, os sujeitos são muito bem-dotados de processos intelectuais, mas o “trabalho de parceria entre psique e soma é falho, e os limites da psique por vezes não correspondem exatamente aos do corpo”, num descompasso de integração entre *ego* e corpo. Trazem “sentimentos de irrealidade”, com grandes dificuldades de se sentirem individualizados, separados de outras pessoas e coisas. Há neles uma “distinção imprecisa da fronteira que separa a realidade interior da exterior, as concepções subjetivas das percepções objetivas” (Winnicott, 1959/2023, p. 133).

Na categoria da *esquizofrenia* estariam os sujeitos que estabelecem relacionamentos com pessoas e objetos externos apenas conforme “seus próprios termos e não segundo os termos que orientam os impulsos dos demais indivíduos” (*Ibid*, p. 133).

Mais adiante, em texto de 1960 (2023), Winnicott define psicose como um distúrbio de natureza psicológica, uma organização das defesas que não se identifica com a psicose, embora as defesas psiconeuróticas possam se transformar em psicóticas e as psicóticas novamente em psiconeuróticas. Essa organização das defesas, que vem a ser denominada de psicose, está intrinsecamente ligada a elementos básicos da personalidade e da existência humana, indicando um distúrbio nas primeiras fases do desenvolvimento emocional. Nesse artigo, sob o termo psicose, Winnicott identifica a esquizofrenia, a psicose maníaco-depressiva e a melancolia com complicações paranoides, sem que haja um limite rígido entre esses distúrbios.

## 2.2. Contratransferência e resposta total do analista

*Se em nosso trabalho psicanalítico ou em qualquer outro tipo de psicoterapia encontramos temporariamente envolvidos com processos esquizoides em nossos pacientes, sabemos que estaremos lidando, em nossos consultórios, com os mesmos fenômenos que caracterizam as experiências de mães e bebês. Seremos apanhados nas necessidades imensas do bebê dependente e, na contratransferência, com os maciços processos de reação que nos mostram, até certo ponto, o que acontece com os pais, quando têm um filho* (Winnicott, 1970/2005, p. 196).

Quando a regressão à dependência, seja por uma fase longa ou curta, é a característica principal da transferência, o paciente atravessa gradativamente as barreiras da técnica e da atitude profissional do analista (Winnicott, 1960a/2022). Gradualmente faz maiores

exigências ao analista, do qual irá se tornar "perigosamente dependente" (Winnicott, 1964/2005, p. 78) e, a partir dessa posição, poderá então progredir em seu processo individual de desenvolvimento emocional que estava paralisado.

Constantemente defrontado com a difícil tarefa de se manter vigilante perante as exigências desses pacientes e a uma adaptação rigorosa e detalhada às suas necessidades, o analista se vê às voltas com o que Masud Khan (1975/2023, p. 33) chamou de "um desafio extraordinário", isto é, "sensibilidade e capacidade contratransferenciais" e até mesmo com um "inevitável desespero" diante de certos trabalhos clínicos em que "não nos é dado ter nenhuma esperança" e temos de aceitar. Trata-se de um trabalho analítico em que, na mesma medida em que o paciente começa a ter esperanças de poder entregar algo dele ao analista e se tornar dependente, também passa a fazer sérias exigências no sentido de o analista atender essa sua entrega à dependência.

Aceitando permanecer com esse paciente cabe ao analista ser capaz de oferecer uma "provisão ambiental especializada" (Winnicott, 1964/2005, p. 78), isto é, uma provisão ambiental (agora do *setting* analítico) similar aos cuidados do relacionamento mãe-bebê numa fase precoce da infância, que não se refere à adaptação "em termos de satisfazer os instintos do id" (1963c/2022, p. 332) e sim daquela referente a condições ambientais necessárias para que os processos de amadurecimento se realizem, agora sem traumas.

Deve estar atento e vigilante à adaptação às necessidades primitivas do paciente, realizando um trabalho que absorve uma grande quantidade de sua "capacidade de investimento psicoenergético". Poderá se ver tão exaurido ao longo do tempo que, assim que o paciente começa a ficar melhor, o analista se permite diminuir a vigilância, deixando de lado sua costumeira "confiabilidade profissional" precipitando-se no *setting* analítico com ações de sua "própria e inconfiável personalidade" (Winnicott, 1964/2005, p. 80).

O analista poderá se deparar e deve estar preparado para receber, aceitar e compreender que "é objetivo do paciente chegar à loucura, isto é, ser louco no *setting* analítico, a coisa mais próxima que o paciente pode jamais fazer para lembrar" (Winnicott, 1965/2005, p. 98). Irá se defrontar com aquilo que Margaret Little (1957/2007, p. 107) chamou de transferência delirante. São sujeitos que "ainda vivem no mundo primitivo da sua primeira infância, e suas necessidades têm que ser consideradas nesse nível, no nível do narcisismo primário e do delírio". Estão às voltas com um senso de realidade e simbolização prejudicados, com relações transferenciais baseadas no delírio e num pensamento concreto.

Essa condição não é suscetível de um trabalho com o uso da interpretação, já que esta exige o uso do pensamento dedutivo e da aceitação de substitutos. O analista deverá encontrar

formas de "tornar o *ego* do paciente acessível às interpretações transferenciais, quebrando a transferência delirante" (Little, 1957/2007, p. 110), apresentando a realidade a esse paciente da maneira mais direta possível.

Winnicott (1965b/2005) nos traz um exemplo de um comportamento inadequado do analista que não se dá conta de uma transferência delirante em que o ódio aparece na clínica como o delírio de ser odiado.

Uma paciente, na porta do consultório de sua analista, aperta a campainha. A campainha não toca. Aperta novamente, e dessa vez abrem-lhe a porta. Já em sessão a paciente diz para a analista: "Então você estava aí o tempo todo, enquanto eu esperava do lado de fora". Na verdade estava dizendo: "você me odeia". Era uma projeção do "mais intenso e amargo ódio por sua analista quando passou pela porta desta" (*Ibid.* p. 107), mas isso ela não teria condições de dizer por sequer estar ciente disso. Sem perceber o que estava acontecendo, a analista responde: "Você se dá conta do que é que está dizendo?" Isso foi uma censura, deixando a paciente em absoluto desespero.

O manejo, na realidade, deveria ter se passado com a analista encontrando suas próprias formas simbólicas para atender às necessidades individuais da paciente, fazendo uso de sua pessoa, sua personalidade como princípio de realidade presente na análise (Little, 1957/2007, p. 107). Ao que Winnicott (1965b/2005, p. 107) sugere que a analista poderia simplesmente não ter dito nada ou então algo nesse sentido: "Você me odiou quando a campainha da porta não tocou e ninguém apareceu para ajudá-la entrar, mas você não sabia a respeito deste ódio de mim e o que viu foi o meu ódio de você".

Um dos fatores que poderá auxiliar o analista a identificar o quanto o paciente necessita, ou irá necessitar, ser acolhido num grau maior de satisfação de suas necessidades de dependência dentro da transferência é a forma como o paciente apresenta o material a ser tratado, que retrata os limites da sua estrutura e força de ego. "O tempo todo em nosso trabalho analítico estamos avaliando e reavaliando a força de *ego* do paciente" (Winnicott, 1963c/2022, p. 326).

Um caso de Winnicott pode nos ser esclarecedor nesse sentido, e também o é sob o aspecto – abordado acima – acerca da capacidade do analista em apresentar a realidade ao paciente da maneira mais direta possível.

Trata-se de uma jovem paciente (*Ibid.*, p. 322) que chegou a Winnicott para sessões diárias num período em que o analista estava prestes a realizar uma longa viagem de férias. A paciente reage a esse afastamento com um sonho que indicava uma tendência ao suicídio: era preferível se suicidar a viver sob a ameaça de aniquilação. Também desenvolve uma doença

física. “O problema era que ela, em sua análise, ainda não havia tido tempo para lidar com suas reações a meu afastamento”.

A partida de Winnicott em meio ao tratamento atualizava para a paciente episódios traumáticos de sua infância remota. “Era, por assim dizer, como se eu a estivesse sustentando e então ficasse preocupado com algum outro assunto, fazendo com que ela se sentisse *aniquilada*. Essa foi a palavra que ela usou” (Winnicott, 1963c/2022, p. 322). O material do sonho e a doença física informavam os limites da estrutura e força de *ego* da paciente, que foram apresentados para o analista de uma forma tal que este pode entender que a paciente já confiava nele. Ele não os usa com respostas bruscas ou com interpretações demasiadas, que apenas causariam raiva na paciente que ainda não podia lidar com essas experiências.

A razão por trás dos sonhos regressivos e de dependência tem que ver principalmente com o fato de ela verificar que eu não uso todo o material para interpretação, mas que guardo tudo para empregar no momento oportuno e me contento, enquanto isso, em me preparar para a chegada da dependência, que está a caminho (*Ibid.*, p. 326).

Essa paciente iria se tornar muito dependente do ambiente, do *setting* analítico, o que não poderia acontecer naquele momento devido o afastamento temporário do analista. Em sua sensibilidade e capacidade contratransferencial, auxiliado ainda pelo material trazido pelo sonho, Winnicott tem tempo de manejar a situação para que seu afastamento fosse suportado sem que a paciente reagisse com um sentimento de aniquilação. Conseguiu dizer a ela, numa breve interpretação verbal (algo que, mais tarde, na dependência, não seria suficiente ou mesmo até dispensado), o que estava ocorrendo:

Em seu *self* e corpo sadios, com toda sua forte vontade de viver, ela tinha carregado a vida toda a lembrança de uma vez ter sentido uma vontade total de morrer; e agora a doença física vinha como uma localização em um órgão do corpo dessa vontade total de morrer (Winnicott, 1960a/2022, p. 322).

Assim a paciente pode se sentir real. Fica aliviada, ao menos até a volta de Winnicott.

Pois bem, em vista do nosso objetivo com esse trabalho, ou seja, colaborar com o analista no sentido deste estar mais apto a identificar com maior acuidade e maior brevidade sentimentos contratransferenciais, ou, ainda, saber como usar, numa atitude profissional, “suas próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica desse paciente” no seu *self* (*Ibid.*, p. 211), apresentamos a seguir algumas características e dificuldades desse *setting*.

### 2.3. Formas de comunicação entre analista e paciente

Esse é um *setting* em que o analista deverá conferir uma "provisão ambiental especializada" capaz de "realizar a adaptação adequada" (Winnicott, 1954/2021, pp. 466-467; 475) às necessidades do paciente, para que este possa reviver a loucura num descongelamento da situação de falha. A provisão ambiental é uma forma de comunicação com o paciente que coincide com a dos estágios mais iniciais do bebê. Uma comunicação "em termos de anatomia e da fisiologia de corpos vivos", "tais como os batimentos cardíacos, os movimentos da respiração, o calor do seio, movimentos que indicam a necessidade de uma mudança de posição" (Winnicott, 1970/2005, p. 200). Uma conduta do analista similar à fase primária mãe-bebê.

Para Masud Khan (1972/1984, pp. 357-358), o analista pode passar anos auxiliando as experiências do seu paciente, oferecendo um contexto facilitador até que a experiência de *self* enfim se concretize, uma experiência psíquica indisponível para a articulação verbal e que, por isso mesmo, pode parecer à primeira vista tola e banal. Uma experiência tão fina que Khan a compara com a ideia de "epifania", conforme referida por James Joyce, como "uma súbita manifestação espiritual, fosse ela na vulgaridade da fala, ou do gesto, ou numa memorável fase da própria mente". Cabe ao terapeuta o lugar de "testemunha e cúmplice", ou seja, daquele que auxilia quando surge uma necessidade na situação analítica e que respeita o momento pessoal do paciente que escapa às palavras – e não somente interpreta fantasias e conflitos.

Winnicott (1970/2005, p. 200) discorre sobre a análise de uma mulher que recorrentemente precisava ficar em contato físico com ele. "Uma variedade de intimidades foi tentada, principalmente aquelas que dizem respeito à alimentação e ao manejo de bebês". Numa sessão houve uma cena de violência (Winnicott não relata qual foi a cena) que acabou com o analista segurando a cabeça de sua paciente que, gradativamente, deu lugar a um ritmo de embalo. "Lá achávamos nós, com a mutualidade expressa em termos de um leve, mas persistente movimento de embalo. Sem palavras, estávamos nos comunicando um com o outro".

Essa experiência, que não exigia da paciente uma maturidade mais avançada daquela que se mostrava na regressão à dependência, foi repetida algumas vezes e se mostrou decisiva para o processo de análise. Tanto a violência da paciente quanto o desfecho que Winnicott (1970/2022, p. 200) foi capaz de oferecer foram uma espécie de teste ao qual estava sendo

submetido pela paciente na sua capacidade "de atender às variadas técnicas de comunicação da primeiríssima infância".

Enquanto a mãe lida com sua fisiologia, anatomia, produção de leite e capacidade emocional para amamentar, o analista tem que lidar com a técnica, uma presença viva e disponível para o que o *setting* lhe apresenta, ainda que de "forma modificada" (Winnicott, 1960a/2022, p. 209-210), e ainda como esta "outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião" (Winnicott, 1962/2022, p. 217).

Em *Regressão e integração no setting analítico. Ensaio clínico sobre os aspectos transferenciais e contratransferenciais desses fenômenos*, Masud Khan (1960/1984) nos traz um de seus casos clínicos, o caso da Sra. X.

Após passar por fases depressivas e maníacas, é chegada uma etapa do processo de análise (passados 2 anos do início do tratamento) em que se deu um colapso, percebido pela paciente no processo de regressão (que durou cerca de 3 meses) como "uma total e abismal sensação de perda" e desesperança e a experiência de "um estado de não ser nada" (*Ibid.*, pp. 192-184).

Nessa fase, a dependência da paciente em relação a seu analista era quase absoluta. Só não foi totalmente porque, por sorte, a Sra. X trabalhava numa escola para crianças com deficiência que lhe oferecia um *setting* que lhe supria o resto de suas necessidades. Um local que, além de lhe conferir tarefas de natureza bem rotineiras, era composto por pessoas familiarizadas a cuidar de outras pessoas. A Sra. X fez amizade mais estreita com uma de suas colegas que lhe auxiliava, inclusive, no preparo de sua comida "e quase lhe dava de comer". Na situação analítica, Khan (1960/1984, p. 193) descreve seu papel como o de "estar ali, vivo, atento, corporificado e vital".

Essa foi uma adaptação rigorosa e detalhada do analista às necessidades da paciente, e Khan tinha que estar atento para não a invadir com necessidades pessoais suas (como produzir interpretações das experiências pelas quais estavam passando). Em seu artigo *A presença psicossomática do analista*, Tosta (2023, p. 60) enfatiza um fazer clínico de Winnicott que "nos convida para estar com, viver a experiência junto o paciente", "em Winnicott, a questão da *experiência junto com o outro* tem valor central tanto no processo de desenvolvimento emocional como no processo analítico", uma provisão suficientemente boa que venha dar espaço para o indivíduo desenvolver sua criatividade originária e se manifestar na vida pelo gesto espontâneo.

Outro papel assumido por Khan (*Ibid.*, p. 193) no sentido de dar apoio a um *ego* ainda enfraquecido da Sra. X, foi o de ajudá-la "com a maioria de seus problemas reais sempre que

pedia auxílio". Essa foi a forma encontrada por Khan para proteger sua paciente contra excessivas invasões e intrusões do meio ambiente.

Assim se deu, por exemplo, quando o marido da Sra. X (que na ocasião morava em outra cidade e com quem a Sra. X vinha tendo conflitos) começou a escrever muitas cartas que a perturbavam, especialmente em relação a necessidades do filho com as quais ela ainda não podia lidar. O analista, colocando-se num papel de anteparo de *ego* da paciente, para que ela não fosse invadida, toma uma atitude ativa e acorda com a paciente que as cartas seriam levadas para as sessões e o analista lhe apontaria o teor da carta que de fato merecia especial atenção da sua paciente.

Algumas sessões eram passadas com a Sra. X deitada, em silêncio, sua única necessidade era a da presença de seu analista. Outras a paciente se sentia "perfeitamente normal" (Khan, 1960/1984, p. 194) e contava ao analista o que estava se passando dentro dela, sendo possível alguma interpretação:

A importância dessa verbalização do que ela sentia nos seus estados de silêncio e regressão era de valor inestimável, porque, só por meio deste processo de verbalização, se estabelecia gradualmente uma ligação entre o acontecia naquele momento e seus antecedentes genéticos na sua infância e passado.

O silêncio também partia de Khan (*Ibid.*, pp. 193-194), que diz ter feito "muitos experimentos com modos de ficar em silêncio com ela", mas sempre absolutamente presente com toda a sua atenção corporal; caso contrário, a paciente sentia a ausência. Khan não sabe nos responder como a paciente sentia essa ausência, mas afirma que ele se dava conta do ocorrido "pela mudança de ritmo afetivo ou por alguma nova linha de material surgida no dia seguinte".

Masud Khan assinala que a aliança terapêutica na regressão pode se dar em vários níveis de interação, dos mais regredidos aos mais sofisticados. Uma comunicação mais sofisticada, em seus vários níveis de sofisticação, pode ser mantida se a regressão "é para níveis mais primitivos de desenvolvimento do *ego* e de necessidade do ego"; só se torna impossível "quando a regressão é para processo primário". Boa parte do tempo Khan e a Sra. X comunicaram-se "em termos razoavelmente sofisticados" (*Ibid.*, p. 191), tanto assim que apenas duas semanas antes do surgimento súbito e decisivo da experiência de colapso Khan ainda mantinha uma abordagem interpretativa.

Dessa forma, buscamos destacar do relato de caso de Masud Khan (*Ibid.*, p. 200), em especial da fase do processo analítico em que a Sra. X precisou regredir a estágios iniciais de

seu desenvolvimento emocional, como o analista pode construir um *setting* adequado para as necessidades da paciente, um lugar em que precisava estar "completamente presente", vigilante, "acontecesse o que acontecesse". Esse foi o papel do analista, abarcado pelo termo contratransferência. Diante de uma paciente que forçou a "passagem do limite profissional", realizando "testes especiais", Khan foi "capaz de desempenhar o papel de mãe para o bebê do paciente", dando-lhe apoio de *ego* em grande escala (Winnicott, 1960a/2022, pp. 209-210).

Em seu artigo *Duas notas sobre o uso do silêncio*, Winnicott (1963b/2005, pp. 66-67) refere-se à análise de uma paciente que, passadas fases mais violentas, a base do tratamento passa a ser o silêncio dele. Um silêncio que a paciente sentia como "algo que ela conquistou". Numa das sessões, um som, "como o de papel sendo roçado", perturbou a paciente e fez com que suas antigas defesas retornassem. Algo que à primeira vista nos parece banal e que Winnicott também não tinha ideia de que aquilo poderia ser um problema.

O som teria sido a deixa para a paciente expressar seu descrédito quando algo bom, um bom comportamento do ambiente, está em curso. A forma como a paciente expressa isso a Winnicott é por meio de uma transferência delirante, uma "transferência dominada pela necessidade de o paciente regredir à dependência infantil" (Winnicott, 1960a/2022, p. 210). Queixa-se a respeito dele, acusando o analista de não suportar o papel de não falar e que era incapaz de ficar sem fazer nada. Mas, por fim, a paciente diz que a culpa era dela em torná-lo impotente.

O barulho, seguido de uma interpretação feita por Winnicott (1963b/2005, p. 67) numa sessão seguinte, perturbou a paciente, deixando-a ainda mais regredida e dependente nas sessões. Expressa a Winnicott um sentimento de frustração, de que tudo é falso, isto é, parecia-lhe que seu analista sabia o que tinha que ser feito ("uma maternagem absolutamente pura") mas "não pode fazer o que sabe ser necessário".

Após esses episódios Winnicott aceita sua posição como a de alguém que não diz nada. Essa foi a resposta do analista (abarcada pelo termo *contratransferência*) à necessidade da paciente. Ficar completamente em silêncio foi muito difícil para Winnicott (1963/2005, p. 67), não exatamente por não ser capaz de ficar em silêncio, mas porque tinha de sustentar uma situação de transferência delirante ("e não há nada mais difícil para um analista suportar do que a transferência delirante do paciente").

O efeito disto sobre mim foi que fiquei com uma comichão na garganta, a qual, contudo, consegui esconder, e reconheci que se houvesse podido falar três palavras, a cócega teria passado. Não poder falar tem um efeito curioso, pelo fato de exigir uma escuta que é diferente da minha maneira normal de escutar. Até certo ponto, sempre escuto com a garganta, e minha laringe

acompanha os sons que escuto no mundo e, em particular, a voz de quem está falando comigo. Estas sempre foram características minhas e, em certa época, constituiu um sintoma sério (Winnicott, 1963/2005, pp. 67-68).

O silêncio de Winnicott, apesar de difícil, surtiu um efeito positivo sobre a paciente, que se sentiu confiante por poder expressar sua necessidade de silêncio (atendida por Winnicott). Isso permitiu que a paciente pudesse começar a ouvir seu analista e este a poder fazer algo a respeito do delírio da paciente.

No seu artigo *Silêncio como comunicação*, Masud Khan (1963/1984, pp. 205-206) diferencia três funções do silêncio na situação analítica por parte do paciente: o silêncio como defesa contra o próprio processo de análise e fuga do conflito psíquico; o silêncio como uma “busca de fusão simbiótica com o analista”; e, o que tratamos aqui, o silêncio como comunicação, tanto do paciente quanto do analista, e seu manejo pelo analista na clínica.

Nesse artigo (*Ibid.*, p. 206) relata o caso do jovem Peter de pouco mais de dezoito anos que, por meio do silêncio e recusa de qualquer intervenção de seu analista, buscava “recordar, integrar e perlaborar” seu sofrimento derivado da grave depressão da mãe ao longo do seu processo de desenvolvimento.

O comportamento silencioso de Peter já havia se iniciado antes mesmo do tratamento com Khan quando o jovem decidira não prestar os exames finais no colégio e permanecer a maior parte do tempo reservado em seu quarto lendo e ouvindo música clássica (um comportamento que, mais tarde, Khan entenderia como uma forma de se defender contra sua necessidade de dependência não atendida e suas reações sádicas e agressivas, voltadas a ele mesmo e a outras pessoas).

Para Khan (1963/1984, p. 206) a “contratransferência foi um instrumento para perceber e decifrar a afetividade e as relações objetais arcaicas” expressas pelo paciente através do seu comportamento silencioso. Ao chegar às sessões Peter parecia desperto e alegre, mas em seguida se refugiava em seu silêncio. Khan (*Ibid.*, p. 210) era impactado por essas variações que registrava como de um “agradável bem-estar e vivacidade” à mal-humorada raiva, mudo e desiludido desalento.

O analista experimentava uma dolorosa rejeição, mas entendia que os silêncios não visavam diretamente a ele, não eram hostis, e sim um ensimesmamento de Peter, que se voltava a si mesmo. As várias sessões silenciosas (seis seguidas) foram vividas por Khan (*Ibid.*, p. 209) experienciando as sutilezas do comportamento corporal de Peter (tensões, postura, expressões faciais) e a “atmosfera do seu estado de espírito”, ainda desprovido de uma maturidade de *ego* capaz de expressar emoções e afetos em palavras.

Era importante para o paciente que o analista pudesse “aguentar a tensão e a ansiedade dessas sessões” (Khan, 1963/1984, p. 209). E esse seria um bom exemplo daquilo que Winnicott (1947/2021, p. 361) diz sobre o analista estar sujeito “a uma tensão de qualidade e dimensão inteiramente diferentes” na análise de psicóticos. Aos poucos, o analista se dá conta de que Peter (Khan, 1963/1984, p. 210) o estava usando como *ego* auxiliar para “registrar e passar pelo que ele, passivamente, vivera em algum estágio do seu desenvolvimento”: “impotência, inutilidade e exaustão”.

Khan (*Ibid.*, p. 211) diz ter tido vontade, em muitos momentos, de “cutucá-lo fisicamente” para que ele reagisse e despertasse para a vida, ou mesmo de interpelá-lo com interpretações. Assim, nos parece que Khan, de fato, sentiu ódio de seu paciente. Não sacudiu Peter fisicamente, mas quando quebrava o silêncio com interpretações desnecessárias, era repellido de forma hostil.

Neste tipo de manejo, muitas vezes, a resposta do analista (abarcada pelo termo *contratransferência*) se faz por meio de sua corporeidade. Khan (*Ibid.*, p. 212) afirma que precisava estar sempre disposto, concentrado e alerta. Era a sua “correspondência viva” e sua esperança de que algo acontecesse que o faziam sentir os efeitos daquele silêncio, que eram de tortura, frustração, ira e desalento (sentimentos que provavelmente Peter teria sentido em suas expectativas em relação ao seu ambiente original). Se, por acaso, estivesse muito cansado ou entediado, não experimentava esses efeitos e “a única coisa que restava era a sua presença (a de Peter) indolente e monótona ali no divã”.

Khan (*Ibid.*, p. 213) passou a fazer pequenos comentários, porém regulares, daquilo que observava do comportamento de Peter “e acerca de suas mudanças de estado de espírito”. Essas verbalizações por parte de Khan durante o silêncio de Peter eram bastante importantes, e foi assim que Khan foi capaz de expressar um *ódio objetivo* e de fazer Peter encontrá-lo, já que o paciente estava à procura justamente desse ódio para, enfim, alcançar o amor objetivo.

As breves verbalizações de Khan (1963/1984, pp. 213-214) indicavam a Peter que o analista estava lá, presente e participante, que podia suportar situações adversas sem ser ameaçado por elas. Era também um “teste de realidade na situação analítica” estabelecendo uma discriminação entre analista e paciente, entre onipotência e alteridade, além de mostrar que sentimentos podiam ser percebidos e falados, e não apenas vividos e atuados. “Assim, ele podia, pouco a pouco, ir relaxando suas defesas mágicas e arcaicas”.

Apenas três meses após iniciado o tratamento é que Khan pôde interpretar para Peter aquilo que “achava ser o conteúdo e o significado de seu estado retirado e do seu silêncio em análise” (1963/1984, p. 214). De fato, para Winnicott (1947/2021, p. 369):

Uma análise permanecerá incompleta se o analista, mesmo próximo ao fim da análise, não conseguir contar ao paciente o que ele, analista, fez sem que o paciente soubesse na época em que estava doente, nas fases iniciais da análise. Enquanto essa interpretação não for feita, o paciente permanecerá de algum modo na condição de um bebê – incapaz de entender o que deve à sua mãe.

A partir daí, não sem muitas intercorrências, Peter é capaz de adotar posturas mais ativas na sua vida. Em seguida, no processo de análise, passa-se por um longo período regressivo (cinco meses), uma fase que se refugia novamente na música e nos livros. Afasta-se também de sua mãe, mas agora Khan já podia trabalhar verbalmente sua dor em resposta à depressão materna. Ao ter vontade de estudar de novo, ingressa na universidade e se sente apto a se relacionar com os outros, inclusive com a mãe, não precisando mais “internalizar magicamente todos os estados emocionais a fim de lidar com eles” (Khan, 1963/1984, p. 218).

#### **2.4. Falhas do analista**

Num *setting* em que a regressão à dependência é a característica principal da transferência, dois aspectos se mostram preponderantes segundo Winnicott (1970/2005). O primeiro é a descoberta de experiências importantes muito iniciais do relacionamento do sujeito com o meio ambiente que não aconteceram ou foram distorcidas; o segundo é o uso que o paciente faz das falhas do terapeuta no *setting*, que correspondem ao fracasso de sustentação em termos de mãe e bebê.

Até então, o sujeito teria reunido todo o fracasso do meio ambiente dentro da sua área de onipotência, não percebendo tais fracassos como vindos de fora e sim como sendo seus próprios fracassos.

Falhas do analista terão "uma importância grave" (Winnicott, 1964/2005, p. 78). Será a partir dessas falhas que experiências ruins originárias da técnica da maternagem serão trazidas para o presente, as mesmas que provocaram reações do sujeito frente às ameaças de aniquilamento de sua existência, reações que interromperam o seu continuar a ser, a constituição sadia de seu psiquismo.

Portanto, o paciente irá usar as falhas do analista como sendo as falhas antigas no seu desenvolvimento. A diferença é que, agora, o paciente terá a oportunidade de "zangar-se por isso" (Winnicott, 1956a/2021, p. 491), são falhas que "produzem raiva no paciente" (Winnicott, 1970/2005, p. 199). Quando a falha inicial ocorreu, a organização de *ego* do

indivíduo ainda não era suficientemente organizada para lidar com algo tão complexo como a raiva, e esse sentimento é importante porque é a raiva que irá trazer o passado para o presente.

Em carta de 13 de abril de 1954 para Betty Joseph (1990), Winnicott fez referência ao seu artigo *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico* (1954/2021, p. 52), afirmando que naquele ensaio trabalhou com o fato de que "o paciente usa nossa falha e, desse modo, traz para o presente cada inadequação original da técnica de maternagem". A partir daí, poderá se dar conta de que as falhas se originaram do ambiente externo.

Em artigo de 1963, parece que Winnicott (2005, p. 73) dá continuidade à sua fala de 1954. Nessa ocasião, diz que o paciente precisa estar preparado para aceitar um "tipo esquisito de verdade" que é o de não ter experimentado algo que, no entanto, já aconteceu no passado. O paciente irá, agora, experimentar a agonia que sente na transferência, "na reação às falhas e equívocos do analista".

Se estamos falando de um *setting* que pode transcorrer "numa temperatura ambiente mais alta do que aquela em que o analista gostaria de trabalhar" (Winnicott, 1970/2005, p. 199), podemos então pensar que falhas nesse *setting* podem ser a resposta do analista a esse ambiente, falhas que não podem ser excessivas e que estariam abarcadas no termo contratransferência "diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica desse paciente no *self* do analista, e sobre o efeito disso na atitude profissional do analista" (Winnicott, 1960a/2022, p. 211).

O analista poderá falhar, seja pelo simples fato de ser um ser humano (como adoecer, tirar férias, esquecer algo etc.), seja por ter seu trabalho impedido ou limitado em razão "de o paciente falhar em dar pistas" quanto às suas necessidades relativas ao cuidado materno. De qualquer forma, cabe a ele lidar com suas falhas tal como a mãe suficientemente boa, cujas falhas devem ser seguidas de cuidados "que levam à construção de uma comunicação de amor, do fato de que ali existe um ser humano que se importa" (Winnicott, 1968b/2020, p. 114).

No artigo *A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise*, Winnicott (1964/2005, p. 78) nos traz o caso de uma paciente cuja análise é permeada por uma "dependência profunda". Para ela é importante que se estabeleça um padrão ao longo de sua semana e, no relacionamento transferencial, esse padrão vem refletido na forma como espera encontrar a disposição do consultório (cortinas fechadas, porta destrancada, a posição de alguns objetos), tudo inspecionado e certificado por Winnicott antes de sua chegada.

Numa certa sexta-feira Winnicott deixa alguns papéis em cima de um objeto ao invés de deixá-los ao seu lado (como de costume). Ao entrar na sala percebe que sua paciente está em um desastre completo. O fracasso de Winnicott (1964/2005, p. 79) foi a causa direta do fracasso das organizações de defesa da paciente. Um erro que “rompeu completamente o processo de análise e de seu desenvolvimento e arruinou toda a semana de trabalho”. Após essa reação inicial, “irrazoável ao extremo”, a paciente começa a se tornar razoável e questiona Winnicott (*Ibid.*, p. 79): “o que havia nela que fazia com que as pessoas se comportassem mal”, inclusive, queria saber o que ela havia feito para que Winnicott cometesse aquele erro.

O analista assume sua falha. Consegue dizer à paciente que o equívoco desastroso teve “motivações inconscientes” (*Ibid.*, p. 79) e que não se tratava de uma reação a algo da paciente. O erro residia nele, e completa: “esse é o jeito que sou e, se você continuar comigo, descobrirá que farei coisas semelhantes, com motivação inconsciente, de novo, porque é assim que sou”. Esse manejo só foi possível por contar a paciente com “uma área tremenda de personalidade sadia” (*Ibid.*, p. 78), uma área que “atua como aliada do analista e de fato informa ao analista como se comportar” (Winnicott, 1960a/2022, p. 209). A intervenção resultou na possibilidade de a paciente elaborar “certas coisas a respeito de seu pai, que ela sempre tentara arduamente explicar como reações a algo nela própria” (Winnicott, 1964/2005, p. 79).

Winnicott (*Ibid.*, p. 80) confessa que escapou desse erro “por um triz” ao enunciar suas “próprias imperfeições” e é taxativo: “não podemos nos dar ao luxo de cometer estes erros com pacientes que se encontram mais enfermos”. O analista deve “ser capaz de usar suas próprias falhas naquilo que elas significam para o paciente, sendo necessário que ele assuma a responsabilidade sobre cada uma delas, mesmo que isso implique examinar sua contratransferência inconsciente” (Winnicott, 1956a/2021, p. 491). Se o analista ficar defensivo ao assumir sua falha, o paciente “perde a chance de zangar-se com uma falha passada justamente no momento em que a raiva se tornava possível pela primeira vez”, e é essa parte do trabalho “que liberta o paciente de sua dependência em relação ao analista” (Winnicott, 1956a/2021, pp. 491-492).

Os conceitos de Figueiredo (2008, pp. 119-120) sobre as posições do analista – *implicada* e *em reserva* – à luz do *setting* de uma análise modificada ampliam nosso entendimento sobre a conduta de Winnicott nesse caso. Implicação e reserva do analista aparecem na clínica num “movimento pendular”, mas “quanto mais comprometidos os pacientes com que um analista ousa se defrontar, maiores serão as exigências de que a ética da

implicação e da reserva esteja operando". Figueiredo toma por referência o artigo de Winnicott *Os objetivos do tratamento psicanalítico*, no qual Winnicott fala de seus próprios objetivos dentro do *setting* analítico: "ser ele mesmo" (*being myself*) e "se comportar bem" (*behaving myself*).

Da primeira formulação, "ser ele mesmo", infere-se uma posição mais implicada do analista; da segunda, "se comportar bem", "uma auto-restrição, uma reserva de presença do analista" (Figueiredo, 2008, p. 108). Habilidades oscilantes, pois, na prática, é difícil compatibilizar implicação e reserva na criação e sustentação de um ambiente terapêutico em que o analista se depara com um paciente em suas fases mais arcaicas de constituição do psiquismo.

No caso relatado Winnicott se propõe a se manter em reserva, inclusive deixando (ou pretendendo deixar) o consultório da forma como sua paciente espera encontrá-lo, colocando-se, na transferência, como um objeto subjetivo para a paciente. Mas, dada uma falha sua, Winnicott se viu na necessidade de invocar o princípio da realidade, implicando-se e interpretando seu erro mediante o "esclarecimento das raízes subjetivas e remotas disso que se passa em uma aparente atualidade" (*Ibid.*, p. 112).

O analista deseja iniciar numa posição mais em reserva, em seguida se deixa colocar na posição em que se comunica com a paciente a partir de uma interpretação da realidade que lhes foi posta. Cria com isso um espaço potencial (com um caráter simultaneamente real, objetivo; e, onipotente, subjetivo), um espaço em que é possível brincar e sonhar: "que se brinca, ou sonha, o jogo transferencial e contratransferencial". Por fim, o analista se recolhe novamente, deixando a paciente entregue a si mesma, numa "presença reservada e convidativa para o vir-a-ser" (*Ibid.*, pp. 112-113).

Esse manejo oscilatório de Winnicott entre implicação e reserva, entre *ser ele mesmo* e *se comportar bem*, a partir de sua falha, resultou numa evolução terapêutica em que a paciente mostrou condições de associar o que se passou no *setting* com sua conduta e sentimentos em relação a seu pai.

Em seu artigo *Medo de ceder à dependência irremediável na situação analítica*, Masud Khan (1972/1984, p. 334) traz um aspecto sobre a "necessidade do fracasso na situação clínica", uma aceitação, por parte do analista, dos seus próprios fracassos, tornando-se real aos olhos da paciente.

Khan (*Ibid.*, pp. 332-333) nos conta sobre uma paciente de 23 anos "que não ousava ser ela mesma". Depositava no outro uma experiência que ela estava procurando alcançar (deter recursos da agressão e capacidade para enfrentar sua própria raiva), daí manter uma

relação “de adicção” com a análise e sua analista anterior a Khan, numa total dependência infantil, ao mesmo tempo que a rejeitava dirigindo a ela toda sua insolência e ira. Tudo isso acompanhado de um sentimento de vergonha pela incapacidade de lidar com a situação.

Nas sessões com Khan mantinha um comportamento agressivo para encobrir sua incapacidade “de satisfazer as demandas do processo e da situação analítica” (1972/1984, pp. 333-334) que arruinava sempre que começava a obter coerência. Paradoxalmente, depositava na análise a esperança de uma cura total, que, acreditava, seria alcançada com “o esforço ideal por parte dela e uma equivalente compreensão e capacidade de *insight* por parte do analista”.

Para uma certa sessão Khan havia preparado uma interpretação em que se apresenta como pessoa diante da paciente (informa-nos que nesse tratamento estava sempre atrasado com as interpretações, mas que aprendemos e acabamos por aceitar isso como parte da *necessidade de fracasso*). Diz a ela que, ao mesmo tempo que ele tinha capacidade de ajudá-la (aspecto esse que era invejado pela paciente e por isso ela o atacava), ele também a decepcionava quando aceitava sua própria raiva e seus próprios fracassos nas sessões sem se desvalorizar, não ficando envergonhado diante das acusações da paciente, e conclui:

O que permite seu crescimento são as confrontações entre nós, em que cada um pode, de acordo com seu próprio estilo, agredir e tolerar a raiva no outro. É a realidade e a autenticidade da sua raiva por causa dos meus fracassos que a ajuda a começar a discriminar o que é fantástico do que é natural para o seu temperamento e afetividade (*Ibid.*, p. 336).

Voltamos ao caso da Sra. X, de Masud Khan (*Ibid.*, p. 194), agora para relatar aspectos de falhas do analista no processo de regressão com essa paciente. Ele considera que falhava quando estava muito cansado e sem condições de oferecer aquele tipo adequado de *rappport-corporal* que a Sra. X necessitava, ou mesmo quando, desanimado por ter que se “movimentar através da quietude viva e vigilante” invadia a paciente com sua vontade de esclarecer tudo, com interpretações fora do tempo, meramente lógicas e teoricamente corretas. Como consequência a paciente reagia a essas invasões afastando-se afetivamente, voltando a um outro ponto qualquer e terminando em estado de apatia. Foi justamente a partir do conteúdo surgido dessas reações às invasões que Khan pode se dar conta e elaborar traços importantes da personalidade dessa paciente, como a obstinação, desafio, negação e seus estilos maníacos.

## 2.5. Medo (do colapso, da morte, do vazio)

Novamente o caso da paciente de Masud Khan, a Sra. X (1960/1984), agora extraindo excertos que dizem respeito aos aspectos do colapso da paciente e aos sentimentos contratransferenciais do analista.

Mas antes de falarmos da fase do colapso e o papel de Khan (1960/1984, pp. 187-192) durante a regressão, trazemos à luz duas condutas anteriores do analista, não só importantes para que o processo desaguasse na possibilidade de regressão, para o qual “tem de haver um mínimo de força de *ego* e processo de *ego*”, mas também que denotam posturas mais implicadas do analista, ora para fazer valer o princípio de realidade para a paciente, ora para minimizar “as acentuadas distorções e inibições das suas capacidades de *ego*”.

Na primeira, Khan (*Ibid.*, p. 183) se oferece a devolver os livros que a paciente, num ato impulsivo, roubou de uma loja e depois se arrependeu (o que se deu no decorrer de um de seus estados maníacos, assim descrito por ela posteriormente: “Eu não estava nem no meu corpo, nem na minha psique”). Khan (*Ibid.*, pp. 186-187), diz ter enfrentado essa situação com uma “reação firme, humana e sã”. A paciente aceita a conduta de Khan:

Ficou muito grata por eu não a ter intimidado e humilhado com interpretações, mas tê-la ajudado a resolver o apuro em que se metera. Meu único comentário foi que ela tivera necessidade de me obrigar a agir. Precisava experimentar-me como pessoa real e separada, e o único meio de fazê-lo no seu estado atual era levar-me a agir numa situação real (*Ibid.*, pp. 186-187).

Khan havia entendido que se tratava de um ponto importante para ser analisado (o que de fato pode fazer mais para frente), mas o melhor naquele momento era “conservar as fronteiras” ao redor da paciente (*Ibid.*, p. 186), dado estar a paciente totalmente inacessível a interpretações transferenciais.

A outra situação se dá num momento em que Khan já vinha despendendo esforços no *setting* no sentido de que a Sra. X desenvolvesse uma esperança maior na sua capacidade de existir por si mesma e menos a partir de suas identificações predatórias com a mãe, ou de um estado petrificado em relação à babá, ou mesmo, em relação ao pai, ancorada na sua inteligência e sensibilidade. Tudo o que realizara na sua vida, de positivo e negativo, provinham dessas fontes.

A Sra. X, decidida a tirar vantagem de seu “retalho de bem-estar e saúde” resolve “lutar por um diploma”. E esse trabalho teve o incentivo de Khan que, inclusive, a orientou nas leituras necessárias: “o diploma que procurava obter estava ligado a um campo que me era

familiar, e me ofereci para orientá-la nas leituras sempre que precisasse” (*Ibid.*, pp. 189-190). A Sra. X passou nos exames!

Pois bem, o colapso e a experiência da regressão à dependência na relação de transferência têm início pouco após a Sra. X ter passado nos exames numa sessão ocorrida duas semanas após o resultado. A paciente passa a sessão num choro incessante, baixo, mas com todo o seu corpo, um choro que permaneceu por muitas sessões a partir daí. Ao final da sessão, lívida e exausta, diz: “entreguei os pontos. Fiz o que pude”. Agora ela estava “realmente doente e desanimada” (Khan, 1960/1984, p. 191). Para o autor, a experiência dessa dor, dessa agonia, é o “aspecto clínico da regressão mais difícil de formular” (*Ibid.*, p. 195). A Sra. X a descrevia como uma dor aguda, que aparecia ora como uma dor física ora decorrente de um conteúdo psíquico. Nessas ocasiões, ficava imóvel e calada.

É assim que Khan (*Ibid.*, pp. 190-196) descreve o que ele sentia diante a dor da paciente: “podia sentir a realidade e a dor daquele pranto *em mim*. (...) É difícil definir em palavras o que eu, em minha experiência da contratransferência, registrava com toda a minha sensibilidade mental e corporal”. Eram estados que a paciente o tomava emprestado para se amparar, o que, mais tarde, a paciente interpreta como um pedido de “modo de ser”. Khan só conseguia lidar com aquela dor com o que ele chamou de “simpatia corporificada”, sua “atenção corporal”.

Pode parecer que a regressão iniciou de maneira repentina, mas houve um longo período anterior (dois anos) de análise, importante não só para que a paciente desenvolvesse um mínimo de força de ego e também para que o analista pudesse estar preparado para não reagir com ansiedade e “zelo interpretativo defensivo” (*Ibid.*, p. 192). Passou pelas preocupações de Khan o fato da paciente poder construir uma “expectativa real” do analista e não deixou de colocar em palavras sua própria vulnerabilidade dizendo à paciente que, sim, ele procuraria ajudá-la, mas ela teria que ter muita paciência com ele.

Reações do sujeito aos frequentes fracassos do ambiente desapontam significativamente o indivíduo e constituem traumas. “Um trauma é aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo” (Winnicott, 1970/2005, p. 201). Um trauma destrói a esperança de um desenvolvimento saudável e é a fonte de uma experiência de solidão irremediável, que, em alguns casos, sem a defesa psicótica haveria um colapso, um fracasso total da organização do *ego* e estabelecimento do *self* (Winnicott, 1963/2005):

Na defesa a criança isola o que há de si mesma e assume uma posição de invulnerabilidade. No extremo dessa defesa, a criança não pode ser traumatizada, e ao mesmo tempo não pode ser induzida a redescobrir a dependência, a vulnerabilidade e a suscetibilidade à ansiedade arcaica (Winnicott, 1965a/2023, p. 89).

Da citação acima pensamos que Winnicott está se referindo à cisão, uma defesa psicótica que dá origem ao que ele chama em sua obra de verdadeiro *self* (que fica isolado) e falso *self* (que assume uma posição de invulnerabilidade), sem o que haveria um colapso. O sujeito assumiu essa condição por não ter recursos para lidar com o excesso de falta ou excesso de intrusão do ambiente, algo que aconteceu no passado, mas ainda não foi experienciado, pois o sujeito não era (e ainda não é) suficientemente maduro para isso. São sujeitos que "sabem o que é ser deixado cair, cair eternamente, ou cindir-se em desunião psicossomática" (Winnicott, 1970/2005, 201), sentem-se aniquilados, numa ansiedade impensável ou arcaica, numa agonia.

A expressão "induzida a redescobrir", também da citação acima, não é sem propósito. É preciso que um outro (no caso, o analista e todo o *setting* analítico) proporcione condições para que uma experiência seja invocada e vivida, não sem a presença do medo incomensurável e, ao mesmo tempo, inexplicável de experienciar o colapso, o aniquilamento de suas defesas. Um medo equivalente ao da morte e ao do vazio. Do vazio de um espaço onde algo poderia ter acontecido, mas não aconteceu (Winnicott, 1963/2005). E da morte da ilusão de onipotência no seu início por um encontro precoce com uma realidade que destruiu muito cedo suas fantasias de onipotência.

É necessário que haja uma passagem, gradual, da ilusão de onipotência incondicional para a possibilidade do reconhecimento dos limites da onipotência, limites dados pela separação do sujeito em relação ao mundo e seus objetos, com o reconhecimento da alteridade. Poucado desse trabalho precoce, o bebê pode, com o tempo, criar recursos egóicos para, aí sim, ter o trabalho de lidar com objetos do mundo (Winnicott, 1963b/2022). E essa exigência de trabalho do psicossoma precisa vir num momento em que possa ser respondido, caso contrário o bebê irá encontrar um grande desamparo que ficará gravado no seu psiquismo, cristalizando uma fantasia catastrófica de que os desafios do mundo irão sempre superar sua capacidade de resposta, de reação, ainda que não seja algo muito grave (Winnicott, 1963/2005).

Portanto, o medo do colapso é um medo projetado no futuro de algo que já aconteceu no passado, mas ainda não pode ser experienciado. É o medo de vivenciar a morte e o vazio que já aconteceram na psique numa fase primitiva de sua vida. Cabe ao ambiente o dever de

proteger o bebê de estímulos muito desafiadores, de questões de vida ou morte, de resolver essas questões enquanto o bebê, ainda numa situação muito precária, se mantém na sua ilusão de onipotência (Winnicott, 1962b/2022).

Winnicott (1963/2005, p. 70) novamente convoca o analista para uma posição empática frente ao paciente, enfatizando que o medo do colapso se trata de um fenômeno universal, mas que em alguns sujeitos se apresentam em grande escala. Na clínica, a partir de um "denominador comum" do mesmo fenômeno, do mesmo medo, o analista é capaz de identificar esse estado, que ficará mais evidente após o paciente ter se tornado dependente na transferência, o que demanda considerável progresso do processo analítico.

Trazemos também um caso de Winnicott (1949/2021) em que sua paciente, uma mulher de 47 anos, havia, até então, aos olhos da sociedade, construído uma boa trajetória de vida, com boa escolaridade, independente financeiramente e querida pelas pessoas. Aos seus próprios olhos, porém, a paciente estava constantemente insatisfeita e à procura de si mesma. Apesar de seus pensamentos suicidas, jamais havia levado tais ideias a cabo, pois acreditava que algum dia poderia levar adiante o seu "continuar ser".

Ao longo de dois anos de análise com Winnicott houve períodos de profunda regressão para estágios muito iniciais do seu desenvolvimento. Nesse artigo Winnicott (1949/2021, p. 418) nos traz relatos da regressão em que a paciente revive sua experiência de nascimento: "Uma dúzia de vezes ou mais, o processo do nascimento foi revivido, e a cada vez a reação a cada aspecto externo importante daquela experiência foi pinçada para ser revivida". Atuações por meio da alteração da respiração, constrictões, posições específicas do corpo e pressões na cabeça repetiam o trauma para que pudesse ser elaborado de uma forma além das palavras, diferente do trabalho intelectual. Era assim que "a paciente informava a si mesma quanto a certo aspecto de sua realidade psíquica difícil de ser alcançado naquele momento, mas do qual ela precisava, com urgência, tomar consciência" (*Ibid.*, p. 418).

Gradualmente as reencenações chegam a um ponto de extrema angústia para a paciente, "ela existia em pedregulhos esmagadores ou qualquer coisa do tipo que se apresentasse a ela, e assim, a gratificação lhe vinha da destruição da cabeça (incluindo a mente e falsa psique), que havia perdido o sentido para ela como parte do *self*" (*Ibid.*, p. 419). O analista teve que manejar para que tudo ocorresse apenas dentro da transferência. Atuar poderia levar ao suicídio.

Essas experiências no *setting* tornaram reais experiências de morte vividas pela paciente na primeira infância decorrentes de convulsões e perdas de consciência, mas que, à época, não podiam ser assimiladas pelo *self*. "Depois disso ter se tornado real, a palavra

‘morte’ mostrou-se inadequada e a paciente passou a substituí-la por ‘entregar-se’, e posteriormente ficou claro que a palavra certa era ‘um não saber’" (*Ibid.*).

Nesse momento do "não saber" aparece a memória de um pássaro parado, estático, do qual a única percepção de movimentação era sua respiração. Em análise, analista e paciente passam por um período em que nada mais era necessário que não fosse a respiração do corpo da paciente. O analista sustenta essa situação mantendo a continuidade por meio de sua própria respiração, vendo e ouvindo a respiração da paciente, o que significava garantir que ambos estavam vivos, e não mortos. Esse ambiente permitia à paciente se entregar e se abandonar ao "não saber".

Citamos Tosta (2023, p. 66) para expressar o que pensamos ter sido o papel de Winnicott: "a pessoa total do analista precisou estar inteiramente devotada, incluindo toda sua sensibilidade e continência, utilizando o seu próprio corpo. Esse processo revela um trabalho intersubjetivo e intercorpóreo intenso".

A paciente atribuiu o *saber* ao analista por ele ter se comportado de modo confiável, como um ambiente, enfim, suficientemente adequado e adaptado ativamente às suas necessidades.

## **2.6. Adaptação rigorosa do analista sob o controle onipotente do paciente**

Nos adocimentos sobre os quais estamos nos debruçando acontece de o paciente projetar sua onipotência no *setting* analítico fazendo muitas exigências ao analista. A este caberá ter condições para manter um ambiente suficientemente acolhedor e preservar essa condição até que, paulatinamente, ela possa ser abandonada sem ser traumática, sem ser por uma imposição de reação. Ao analista cabe ser capaz de se manter identificado e até mesmo fundido com o paciente, mas ao mesmo tempo orientado para a realidade externa (Winnicott, 1960a/2022).

Em *O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família* Winnicott (1965b/2005) relata o caso de uma paciente, na idade da puberdade, que, além de uma incapacidade física, trazia um distúrbio emocional. Essa paciente, quando internada, viveu um trauma dentro do hospital: um homem havia abusado das crianças internadas no setor. A paciente de Winnicott (*Ibid.*, p. 103) teria sofrido um "trauma muito sutil" que "não maculou a inocência desta menina". Winnicott não poderia dizer o mesmo das demais crianças. Esse fato fez com que solicitasse que a menina fosse para casa e passou a atendê-la em seu consultório.

Tudo somado, o adoecimento físico, o distúrbio emocional e a experiência traumática desencadearam sessões em que Winnicott precisou lidar com transferências delirantes, especialmente de perseguição, e a necessidade de sua paciente de o ter dentro de sua área de onipotência. Winnicott desenvolve a habilidade de ser usado de muitas maneiras. Nas sessões era preciso que o analista ficasse muito próximo da menina para conseguir ouvir o que ela falava. Essa era uma forma de ter Winnicott sob o seu controle com toda sua atenção. Quaisquer mudanças na sala eram sentidas pela paciente e a perturbavam, de modo que tinham que ser evitadas. Suas necessidades eram atendidas, como a alteração do calor da lareira, a abertura ou fechamento da janela, a entrega de lenços de papel.

Só após as condições se encontrarem quase perfeitas a menina começava a querer que seu analista falasse, mas também isso Winnicott tinha que fazer com muito cuidado pois a própria fala (apesar de solicitada) a perturbava.

Numa das sessões, Winnicott (1965b/2005, p. 104) esboça: "Você precisa que eu fique sob seu controle, como se uma parte de você ...". Mesmo antes de acabar o que tinha a dizer, a menina se retrai, perturbada. Começa a chorar, inconsolável. Winnicott entende o comportamento como uma transferência delirante e aguarda, aceita o papel que lhe fora atribuído. Mais tarde ele viria a identificar como um "episódio paranoide" em que ele havia sido colocado no papel de um odiado perseguidor dada a "minúscula excursão" do analista fora da área de onipotência da paciente.

Winnicott (*Ibid.*, p. 105) estava sendo capaz de conferir um *setting* onde havia a possibilidade de a menina vivenciar seus traumas (em doses que não a aniquilassem) e também dispor do tempo necessário para se recuperar deles: "se esta análise alcançar êxito, será por causa de uma longa série destes minúsculos traumas, encenados pela paciente, e que envolvem fases de transferência delirante".

Esse *setting* era um ambiente para que ela pudesse ter uma experiência de ilusão de onipotência – *Um Teto Todo Seu*, fazendo uso do título do livro de Virginia Woolf – para que pudesse criar bases a partir das quais, pela transicionalidade, teria acesso, enfim, à realidade.

### 3.0. UMA CLÍNICA EM QUE SE APRESENTA O ESTÁGIO DA CONSIDERAÇÃO (*CONCERN*) E OS ASPECTOS CONTRATRANSFERENCIAIS

Iremos nos voltar agora para as vicissitudes da clínica que envolve a elaboração do estágio do *concern*, sempre no sentido de trazer aspectos que envolvem o relato do impacto contratransferencial vivido pelo analista ou então especificidades da clínica que o analista merece ser conhecedor para estar mais bem preparado e lidar com sentimentos contratransferenciais advindos, especialmente, da sua capacidade (ou não) em sobreviver aos ataques do paciente, em não retaliar e aceitar reparações.

Usaremos aqui a tradução *consideração* para a expressão inglesa *concern*. Davi Litman Bogomoletz (1989/1990, p. 10), em a *Nota Introdutória à Tradução de Natureza Humana*, considera que a expressão *concern* não tem um correspondente preciso em português. Haveria outras possibilidades de tradução como *responsabilidade, concernimento, envolvimento, interesse por, preocupação*, mas nenhuma delas parecendo cobrir inteiramente o sentido da palavra *concern*. Para Winnicott (1954b/2021), nem mesmo o termo *concern* cobriria a totalidade do conceito que quer expressar.

Vamos seguir a escolha feita Fulgêncio (2020, pp. 208-209), que optou pela tradução *considerar*, enquanto verbo; *consideração*, enquanto substantivo; e, enquanto adjetivo, *considerado*, que abrangem o “sentido de cuidado”:

O verbo *considerar* se refere ao comportamento de atender a, atentar para, pensar em, meditar, ponderar, examinar, observar, apreciar, contemplar, imaginar, conceber, ter em boa conta, reputar, julgar, pensar e refletir. O substantivo *consideração* se relaciona ao ato ou efeito de considerar, à importância que é dada a alguém, a respeito, deferência e estima, além de reflexão e raciocínio. O adjetivo *considerado* é atributo a quem goza de consideração, é respeitado, estimado e acatado. As expressões “ser considerado” ou “ter consideração” significam ter respeito, estima e cuidado com alguém ou alguma coisa (Fulgêncio, 2020, p. 209).

De qualquer modo, fazemos nossas as palavras de Bogomoletz (1989/1990, p. 10) para dizer que temos a “esperança de que o leitor faça sua parte e fique tão *concerned* sobre o termo *concern* quanto este exige”.

Em seu artigo intitulado *A posição depressiva do desenvolvimento emocional normal* (1954b/2021, p. 437), Winnicott informa que aquela foi uma tentativa sua, pessoal, de apresentar o conceito de “posição depressiva” formulado por Melanie Klein, considerado o valor desse conceito para ele em seu trabalho com crianças. Ele mesmo cita os escritos da autora para o leitor que queira ter acesso a sua contribuição: “A Contribution to the

Psychogenesis of Manic-depressive states”, *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 16, 1935; e “Mourning and its Relation to Manic-Depressive States”, *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 21, 1940.

Para os fins deste trabalho não iremos abordar o conceito de “posição depressiva” elaborado por Melaine Klein. Ficaremos contidos à contribuição de Winnicott (1954b/2021, pp. 437-438) sobre a posição depressiva – que ele chamou de estágio da *consideração* – “um estágio normal no desenvolvimento de bebês saudáveis” que ainda faz parte do relacionamento entre duas pessoas (o bebê e a mãe, ou seu cuidador substituto), sendo a capacidade de *consideração* uma “conquista” do indivíduo no seu desenvolvimento resultante de um cuidado suficientemente bom do ambiente.

Encontramos nesse mesmo artigo a proposta de Winnicott (1954b/2021) sobre a utilização do termo *estágio da consideração* no lugar de *posição de depressiva* (não obstante encontrarmos o termo *estágio da consideração* em artigos anteriores, a exemplo de *Desenvolvimento Emocional Primitivo* [1945/2021]). Winnicott argumenta que a troca da nomenclatura seria no sentido de enfatizar que se trata de um “processo normal”, saudável, no desenvolvimento emocional (tendo a própria Melaine Klein utilizado o termo *consideração* em seus estudos), enquanto a expressão *posição depressiva* parecia-lhe indicar mais uma fase de doença, um estado “anormal” de “doença depressiva” (Winnicott, 1990, p. 90) que em geral se dá em ambientes que não contam com bons cuidados, o que não é o caso.

Contextualizando esse estágio no processo de desenvolvimento emocional do sujeito, a capacidade para a consideração é algo possível de se conquistar num momento posterior às fases que Winnicott chamou de “pré-consideração” (1950/2021, p. 374), “pré-piedade” ou “pré-compassão” (Winnicott, 1954b/2021, p. 443), e num momento anterior à possibilidade de o sujeito lidar com as tarefas relativas ao estágio do complexo de Édipo e relações interpessoais. Um estágio que, propõe Winnicott, se dá “durante o período entre os cinco e os doze meses de idade, e pode não se completar de modo definitivo até um momento muitíssimo posterior”. Mas podemos descobrir em análise que esse processo nunca ocorreu.

Em 1963, Winnicott (2005, p. 112) diz que o tempo pode variar de acordo com a cultura e até em razão da singularidade de cada sujeito e seu ambiente, enfatizando que:

Não é necessário que haja uma precisão absoluta quanto ao tempo, e, de fato, a maioria dos processos que se iniciam nos primeiros meses de vida nunca se estabelecem plenamente e continuam sendo fortalecidos pelo crescimento que prossegue nos anos subsequentes da infância – e, na verdade, da vida adulta e até mesmo da velhice.

No estágio da consideração o sujeito já alcançou, “em algum grau, o estatuto de um eu unitário, a criança está agora em condições de realizar a tarefa de integração da vida instintual”. Virá ser considerada uma pessoa inteira (*whole person*) quando essa integração da sua vida instintual for consolidada de uma forma mais consistente. É nesse estágio também que a criança reconhece a mãe como “uma única e mesma pessoa, quer esteja excitada quer esteja tranquila” (Dias, 2017, 231).

Os cuidados que chegavam por “duas mães” agora se integram numa só pessoa, tanto os cuidados que satisfazem suas necessidades urgentes, em especial as fisiológicas, e que é alvo de seus ataques de destruição, quanto os cuidados que a protegem do imprevisível no ambiente e cuida dela, a quem dirige toda sua afeição nos momentos tranquilos.

Nos estágios de desenvolvimento anteriores ao estágio da consideração o sujeito vive um estado fusional em que “experimenta pulsões eróticas e agressivas em relação ao mesmo objeto, ao mesmo tempo” (Winnicott, 1963/2005, p. 113), sem quaisquer preocupações com as consequências de seus impulsos instintivos (*ruthlessness*, “ausência de piedade”) (Winnicott, 1954b/2021, p. 443) que assumem formas de expressão e de alívio de tensões, sem considerar que a mesma pessoa (mãe ou substituto) que ele destrói de forma impiedosa nos estados excitados é a mesma que valoriza nos intervalos de calma entre as excitações. A agressividade é “parte integrante do amor” (Winnicott, 1950/2021, p. 374), “o amor envolve destruição” (Winnicott, 1963/2005, p. 113) e o impulso amoroso é expresso com total falta de piedade.

É a partir do estágio da consideração que esse “amor instintivo primitivo e implacável” (Winnicott, 1990, p. 90) dá lugar à coexistência e, ao mesmo tempo, a diferenciação de amor e ódio nele mesmo (no sujeito) e voltado a uma só pessoa (a mãe, ou o cuidador) de quem ainda é dependente. Há o reconhecimento de que seus ataques poderão destruir a mãe, e se a destruir irá perdê-la.

É fácil perceber a tremenda quantidade de crescimento que ocorre nesta progressão da *ruthlessness* até o *concern*, da dependência do EU ao relacionamento do EU, da pré-ambivalência a ambivalência, da dissociação primária entre os estados de tranquilidade e excitação à integração destes dois aspectos do *self* (*Ibid.*, p. 89).

Em termos de fenômeno interno, o sujeito (que nessa fase já alcançou uma unidade, que é considerado uma pessoa com um interior e um exterior) se vê às voltas com um conflito em curso no *self* entre o que é sentido como bom (apoiando o *self*) e o que é sentido como mau (persecutório para o *self*) (1954b/2021). Há, por um lado, “sentimentos e ideias

inconscientes da criança” no sentido de poder reter “o que é bom”, o que irá “servir ao crescimento pessoal bem como à restituição e à reparação” ao mal que, “imaginativamente”, vier fazer. Por outro, também irá reter “o que é mau no interior do *self*” para usar em suas expressões de raiva. Retendo-os ou eliminando-os conforme sua necessidade interna, poderá aplacar sua angústia (Winnicott, 1990, p. 91).

Ao fim de um dia um bebê saudável terá coisas boas e ruins a oferecer. Num ambiente suficientemente bom "a mãe aceita o bom e o ruim, e é preciso que ela saiba distinguir entre o que é oferecido como bom e o que é oferecido como ruim" (Winnicott, 1954b/2021, p. 449). Enquanto a "mãe objeto" sobrevive aos ataques de destruição, mantém-se disponível e acessível, tanto fisicamente quanto em termos de dedicação, ao não ter outros assuntos com que se preocupar demasiadamente a ponto de não estar atenta para essas necessidades, cabe à "mãe ambiente" ser capaz de aceitar a reparação que a criança tem a oferecer. É dela a função de “continuar sendo ela mesma, continuar empática em relação ao seu bebê e presente para receber o gesto espontâneo dele e para ser agradada" (Winnicott, 1963/2005, p. 115).

A essa dinâmica sustentada ao longo do tempo, Winnicott (1990, p. 92) chamou de "ciclo benigno", cuja "característica marcante" é o fato de que "na saúde, o indivíduo em desenvolvimento é capaz de um reconhecimento quase pleno dos fatores agressivos e destrutivos presentes no amor instintivo e das fantasias inerentes a eles".

As sucessivas experiências do ciclo benigno tornarão possível ao bebê continuar explorando a vivência de suas pulsões do *id* e a tolerar as consequências de seus gestos agressivos (resultado do amor instintivo). A angústia poderá ser dominada e aliviada, a "falta de piedade dá lugar à piedade, e a falta de consideração a consideração" (Winnicott, 1958b/2022, p. 27).

Esse é o cenário para que o sujeito mantenha a expectativa de que haverá oportunidade de uma restituição e reparação da sua parte, o que vem expressa num sorriso, num gesto espontâneo de amor, o oferecimento de um presente como o produto da excreção, além do exercício do brincar que é o início de uma forma de vida criativa, fundamental para a liberdade de expressão e para a vida cultural (Winnicott, 1963/2005). A doação reparadora e restauradora da criança que vem expressa no brincar se dá numa área hipotética entre o bebê e a mãe, que Winnicott chamou de *espaço potencial*, onde o bebê passa a reconhecer a distinção entre fato e fantasia, entre sua realidade interna psíquica e a realidade externa (o mundo concreto objetivamente percebido), um espaço que ao mesmo tempo une e separa o bebê do seu ambiente.

Essa é uma área de risco. Para que essas experiências aconteçam, é preciso que esse espaço seja seguro e constante, portanto, confiável. O "brincar construtivo requer, inicialmente, a proximidade da pessoa amada, visivelmente envolvida, quando não dando respaldo de forma ativa aos aspectos construtivos desse brincar" (Winnicott, 1954b/2021, p. 452). Sua má exploração será encarada com desconfiança pelo indivíduo e como um sinal de desastre, conduzindo a uma "condição patológica na qual o indivíduo se vê atravancado por elementos persecutórios dos quais não consegue se livrar" (Winnicott, 1971/2019, p. 166).

Uma falha no ciclo benigno significa um fracasso do ambiente em sobreviver à agressividade da criança e em se mostrar confiável para o aceite da reparação. A criança fica desamparada, inibida em seus instintos e retraída na sua espontaneidade; sua capacidade para a consideração fica prejudicada, podendo ser substituída por tipos primitivos de angústias e defesas, como a cisão ou desintegração (Winnicott, 1958b/2022; 1963/2005). Nesse sentido, citamos Loparic (2010, p. 06):

Até no mais satisfatório dos ambientes, pelo simples fato de estar viva, real, ter impulsos reais e de elaborá-los imaginativamente, a criança faz a experiência do conflito entre o amor e o ódio do qual resulta a angústia de culpa. O acolhimento pelo ambiente da ambivalência da criança e o fornecimento, como ajuda, de um código externo de comportamento, permite transformar a angústia e a culpa em responsabilidade, e criar a capacidade de tolerar – e até mesmo de valorizar – elementos agressivos no seu impulso amoroso. Esse passo no processo de amadurecimento livra o indivíduo da necessidade de recorrer a defesas por dissociação e depressão. Ao mesmo tempo, faz da vida humana amadurecida uma luta constante entre o bem e o mal, e do ser humano um sofredor.

A culpa não será (ainda) sentida como tal, ela “permanece adormecida, ou potencial” – e é a isso que Winnicott chama de *consideração*, “a capacidade do bebê ou do indivíduo de aceitar a responsabilidade pela intenção destrutiva no impulso amoroso total, incluindo a raiva pela frustração que é inevitável por causa das exigências infantis onipotentes” (1990, p. 106). Se não houver a oportunidade de reparação a culpa será sentida como tristeza ou aparece como um estado de ânimo reprimido (Winnicott, 1963/2005, p. 116). Nesses casos a “culpa se torna intolerável, e a consideração não pode ser sentida” (Winnicott, 1963/2022, p. 103), tomando formas primitivas de culpa e angústia.

Sobre as angústias características desse estágio, Winnicott fala de uma derivada da sensação do bebê de que seu ataque canibalístico impiedoso (agressividade oral) durante a amamentação tenha causado danos à mãe; e outra, advinda do intenso trabalho da percepção do “eu” e “não-eu”, que também envolve um esforço em distinguir aquilo que é bom – retido para dar suporte à constituição do *self* – e aquilo que é considerado mal, persecutório – retido

por algum tempo para poder ter controle sobre isso e para poder ser usado em expressões de ódio.

Pois bem, um sujeito pode chegar em análise com uma falha no estágio da consideração, algo que Winnicott (1963/2022, p. 98) não considera raro, inclusive que “praticamente qualquer análise poderia fornecer um exemplo no decorrer de uma semana”. Nesse *setting*, Winnicott fala de uma técnica que envolveria aquela mesma voltada para o atendimento dos psiconeuróticos com doses de um manejo diferenciado para atender esse “espectro mais amplo do material clínico abordado” (1954a/2021, p. 463).

Para a condução dessa clínica o analista deve ser capaz de *sustentar uma situação no tempo*. O fator tempo aqui é importante. Da mesma forma que “essa fase do desenvolvimento é composta de inúmeras repetições distribuídas por certo tempo” (Winnicott, 1958b/2022, p. 27), também o analista deve ser capaz de sustentar a ansiedade e a esperança do paciente, pelo tempo que for, quantas vezes forem necessárias, para que este possa, enfim, “elaborar as consequências de suas experiências instintivas” (*Ibid.*, p. 438). Conforme Tosta (2023b, p. 161):

(...) O analista, como a pessoa completa que é, precisa ficar atento aos movimentos destrutivos e construtivos de seu paciente, e como analista-objeto, possa sobreviver aos ataques, enquanto como analista-ambiente, consiga acolher os gestos restitutivos, para que o paciente possa alcançar a integração do estágio de preocupação.

Uma técnica (materna ou do analista) que permitirá ao sujeito perceber o amor e o ódio em si mesmo e a possibilidade de voltar, ambos, a uma só pessoa, de uma forma saudável. Essa é uma construção no sentido de o sujeito acreditar que sua agressividade e sentimento de ódio não irão destruir o objeto externo, no caso o analista, e que este irá sobreviver – o que significa o mesmo que “não retaliar” (Winnicott, 1971/2019, p. 148), e poderá ser descoberto na externalidade, não mais como projeção de parte de seu *self*. “Essa atividade destrutiva é a tentativa dele de colocar o analista fora da área de controle onipotente, ou seja, como parte do mundo” (*Ibid.*, p. 149).

Essa adaptação do analista às necessidades do paciente implica o oferecimento de um *setting* onde o sujeito sinta confiança e constância e que se assemelha a “um espaço potencial que se transforma em uma infinita área de separação, que o bebê, a criança, o adolescente ou o adulto podem preencher criativamente com o brincar” (*Ibid.*, p. 174), propício para a expressão e elaboração de seus gestos espontâneos.

No que concerne ao manejo, Tosta (2023, p. 68) ressalta que a tarefa mais exigida do analista é a sua sobrevivência ao lidar “com o afeto de ódio na contratransferência para sobreviver aos ataques do paciente no processo de elaboração da posição depressiva”. Mesmo frente às mais variadas formas de ataques agressivos, o analista deverá se manter “fiel a si mesmo, continuar sustentando a vivência do paciente e mantendo o *setting* inalterado” (Tosta, 2023, p. 65). Só assim “pode levar o paciente a se dar conta de que a destruição do objeto amado e odiado se faz na fantasia” e não na realidade, pois o analista, na sua existência própria, resiste e sobrevive independentemente dele.

No exemplo a seguir da prática clínica de Winnicott (1963d/2022, p. 100), o analista sobrevive ao ódio do paciente na situação transferencial, interpretando a potencial destrutividade e agressividade inconscientes, mas também a capacidade do paciente em ser construtivo. Esse paciente contava a Winnicott que, muitas vezes, no caminho para as sessões de análise, parava em frente a uma vitrine e ficava observando uma ferramenta mecânica que tinha uma “esplêndida dentada”. “Era assim que meu paciente chegava a sua agressividade oral, o impulso amoroso primitivo com toda a falta de piedade e destrutividade própria a ele. A isso poderíamos chamar ‘devorar na relação transferencial’”. Algo que, fora desse contexto, “configuraria um episódio maníaco sem sentido”, mas dentro desse contexto um suporte positivo para a constituição do *self*.

Apesar de uma enorme resistência do paciente contra a chegada dessas camadas mais profundas, Winnicott (*Ibid.*, p. 100) maneja a situação analítica trazendo referências sobre a capacidade construtiva que esse paciente tinha, especialmente ao realizar melhorias no seu terreno e seu jardim, um trabalho que envolvia força e agressividade (cortar, perfurar etc.) mas com um caráter construtivo. A ideia da destruição só pode ser suportada, tolerada, se o sujeito tem a evidência de poder fazer uma reparação.

A experiência e o repertório técnico de Winnicott o ajudaram a se preparar antecipadamente para o que estava por vir e não ser pego (tão) de surpresa, o que poderia ensejar atuação de impactos contratransferenciais frente ao ataque de ódio de seu paciente.

Numa outra passagem de caso clínico, Winnicott nos conta sobre um paciente com quem tivera que lidar repetidas vezes com seus surtos de destrutividade ao longo dos dois anos de seu tratamento – vemos como o fator tempo é importante – dada a inveja que tinha de seu analista por considerá-lo um bom analista. Ao mesmo tempo, agradecia a Winnicott por ser capaz de fazer o que ele fazia na análise com ele.

Numa das sessões, já numa fase em que se encontrava mais em contato com seus sentimentos destrutivos, o paciente expressa seu desejo de ser útil: “Gostaria de imaginar que,

quando terminar o tratamento, o que acontecer comigo aqui virá a ter valor para o mundo de alguma forma” (Winnicott, 1963d/2022, p. 100). Winnicott ouve, mas não diz nada. Já sabia que significava um indício de um próximo surto de agressividade.

Só num momento mais adiante da sessão é que Winnicott interpreta a fala do paciente como a expressão de um desejo de contribuir. Após essa intervenção o paciente reconhece sua agressividade e agradece Winnicott por ter abordado apenas pelo viés da contribuição. Se tivesse falado diretamente da agressividade, seria muito doloroso para o paciente. Entendemos que a fala interpretativa de Winnicott – interpretando apenas a contribuição e deixando de lado a destrutividade – foi de fato deliberada. Em seu artigo de 1954b, Winnicott (2021, p. 446) já havia feito referência à dificuldade do ser humano em aceitar sua agressividade em estado bruto:

A mim parece que um dos postulados da teoria de Melaine Klein é o de que o indivíduo humano não pode aceitar o fato bruto do relacionamento ou ataque instintivo ou excitado à mãe ‘tranquila’. Na mente da criança a integração da cisão entre o ambiente dos cuidados maternos e o ambiente excitante (os dois aspectos da mãe) não pode realizar-se a não ser através da maternagem suficientemente boa e da sobrevivência da mãe por um período de tempo.

Como analista, Winnicott não só pode sobreviver a dois anos de ataques como foi capaz de fazer o papel dessa maternagem suficientemente boa.

Em seu artigo *Retraimento e regressão*, Winnicott (1954a/2021, p. 427) nos traz episódios do processo de análise de um paciente, o mesmo paciente cujo fragmento de análise é relatado no livro  *Holding e Interpretação*, “como ilustração da posição depressiva tal como ela pode surgir durante uma análise”. O paciente era um homem de trinta anos, médico, casado, com dois filhos e foi se consultar com Winnicott pela segunda vez após ter sofrido um colapso e se internado num hospital psiquiátrico (a primeira vez havia sido durante a Segunda Guerra mundial).

Queixava-se de sentimento de irrealidade e de sua “incapacidade de ser impulsivo e de fazer comentários originais” (*Ibid.*, p. 428). Não tinha amigos pois se tornava uma companhia chata. Em  *Holding e Interpretação* é assim que Winnicott (2001, p. 28) descreve sua queixa inicial:

Ele veio para análise dizendo que não conseguia falar livremente, que não conseguia manter conversas informais, que não tinha imaginação ou capacidade para jogos, e que não conseguia fazer um gesto espontâneo nem ficar excitado.

Em  *Holding e Interpretação* (2001), numa fala do paciente na qual diz rezeir a destruição da mãe caso ela viesse a saber de seus sentimentos, podemos inferir com maior nitidez a falha ambiental no desenvolvimento do paciente no estágio da consideração em função da incapacidade da mãe em sobreviver aos seus ataques, inibindo suas raízes da motilidade e da agressividade. O paciente inicia dizendo que lhe parecia que, quando tinha em torno de quatro ou cinco anos, ele teria substituído seu “*self* emocional real por um *self* intelectual, porque aquele não era capaz de se fazer sentir” (*Ibid.*, p. 191). E num momento a seguir diz:

Um fato muito importante é que minha mãe não sabe dos meus sentimentos porque havia alguma coisa que eu não ousava contar a ela, pois envolveria a sua destruição. *Pausa.* Minha única esperança naqueles dias era crescer de repente e evitar uma porção de situações desagradáveis. Eu tentei me tornar um adulto aos cinco anos. Queria ser sociável, mas dispensando os estágios intermediários entre a infância e a vida adulta. Era a única forma segura e possível (*Ibid.*, p. 192)

Espontaneidade e criatividade são capacidades que poderão ser desenvolvidas pelo indivíduo quando conta com um ambiente suficientemente adequado, que, no estágio da consideração, podem se ver inibidas na ausência de um ciclo benigno. A falta de criatividade e espontaneidade do paciente vinham para o *setting* em forma de um discurso "estudado e retórico" (*Ibid.* pp. 28-39), cuidadosamente organizado para que o material fosse útil e interessante ao analista. Se assim não fizesse, sentia-se "desajeitado e deficiente".

Numa das sessões (*Ibid.*, p. 36), o paciente expressa seu receio em ser espontâneo ao afirmar que havia um risco em alcançar a excitação porque as pessoas poderiam rir dele se ficasse tagarelando e isso o fazia se sentir um tolo. Algo que estava relacionado com sua infância, em que tagarelava muito antes de se tornar quieto e retraído. Winnicott diz ao paciente que sua vida inteira havia se passado num nível bastante insatisfatório de excitação, mas que isso vinha mudando.

O paciente concorda, afirmando que, antes, sua felicidade era apenas um fingimento, agora era capaz de se sentir alegre com menos esforço, mas que ainda era necessário ter cuidado e que ainda sentia apreensão e culpa por se sentir bem. De qualquer forma, já tinha mais esperanças em levar uma vida normal, havia uma perspectiva para o futuro que antes não existia. Até então, tudo o que tinha era a dependência, inclusive de sua esposa, e a depressão. Winnicott pondera ao paciente que uma falha no início de sua vida fez com que duvidasse de sua capacidade de amar e o que ele estava procurando agora era essa capacidade, e que a

desesperança que ele sente, tanto no presente quanto em relação ao futuro, nada mais é que uma desesperança que ele teve no passado, mas que desconhece.

Numa sessão mais adiante, quando o paciente ainda trazia o tema de suas fases de excitação, momentos em que ele, finalmente, tinha muito a dizer de forma genuína e não ensaiada, com "uma diminuição na necessidade de representar" (Winnicott, 2001, pp. 42-43), o paciente logo em seguida se retrai e diz ao analista que "definitivamente não queria falar", pois a excitação lhe causava ansiedade e o deixava exposto. Winnicott oferece uma interpretação, primeiro "abrangente", dizendo que "a satisfação aniquila o objeto para ele", e, em seguida, voltando essa interpretação para si, dizendo que, agora, sua excitação havia aniquilado o analista. Portanto, tudo o que ele se interessa e obtém satisfação em momentos excitados é, em seguida, aniquilado. Assim, ele se mantém frustrado, faz uso de sua frustração. Ao manter sua satisfação incompleta, impede a aniquilação do objeto.

Parece-nos que Winnicott, sob impacto contratransferencial ao ter sido aniquilado pelo paciente, verbaliza algo que teria ocorrido no passado do paciente e suas consequências vividas agora no presente, no *setting*.

Seguem alguns episódios de retraimento do paciente e a postura adotada pelo analista.

Nos momentos mais importantes, o paciente se retrai, o que significa "um retirar-se do relacionamento atento com a realidade externa, sendo essa retirada por vezes de ordem de um breve sono" (Winnicott, 1954a/2021, p. 427) ou mesmo movimentos em que o paciente se encolhe e se acomoda na cabeceira do divã. O sono está relacionado com "agressividade, ódio ou simplesmente um medo desconhecido" (Winnicott, 2001, p. 55).

Winnicott (1954a/2021, p. 435) descreve os retraimentos do paciente como um estado em que "o paciente está sustentando o *self*", e se o analista é capaz de sustentar o paciente nesses momentos em que o retraimento aparece, o que seria apenas um retraimento se transforma em regressão. Uma "regressão necessária em fases de curta duração, talvez até por alguns instantes". Sobre a diferença de um estado de retraimento e a regressão, o autor (*Ibid.*, p. 436) diz:

A vantagem da regressão é que ela traz consigo a possibilidade de corrigir uma adaptação à necessidade inadequada no histórico anterior do paciente. Ao contrário, o estado de retraimento não apresenta benefício algum, e quando o paciente se recupera dele, nada nele mudou.

Em quase todos os momentos em que o paciente adormecia (a exemplo das seguintes passagens, 2001, pp. 69; 103; 112; 116; 141; 142; 194; 199; 219; 223; 227; 228) Winnicott informava que ele havia adormecido enquanto falava. Essa comunicação invocava diferentes

atitudes do paciente frente ao fato de ter adormecido, seja simplesmente ignorando o fato de ter dormido, ou então podendo, junto ao analista, elaborar seu retraimento e, aos poucos, (re)construir seu cenário emocional. Nesse sentido, o sono poderia vir representando uma defesa contra a ansiedade, uma dificuldade do paciente em expressar seus sentimentos e percepções em palavras, dada sua falta de espontaneidade ou medo em fazê-lo, ou mesmo uma fuga frente a materiais que eram de difícil acesso para o paciente (logo após abordados, o paciente caía no sono).

Numa dessas ocasiões, em que o material era de difícil acesso ao paciente, o analista pode manejar no sentido de mostrar como o presente estava repetindo um passado de falhas ambientais:

*Paciente:* Eu não estava realmente dormindo. Fiz uma pausa porque você estava indo depressa demais. Como não estava conseguindo acompanhá-lo, eu parei. Foi uma reação à sua rapidez.

*Analista:* Se eu continuasse, seria uma aula, não uma sessão de psicanálise.

*Paciente:* É difícil aceitar a responsabilidade de ter de determinar o ritmo, mas compreendo por que deve ser assim.

*Pausa*

*Analista:* Agora há pouco, quando fui rápido demais, eu estava reproduzindo a conduta da sua mãe no que ela tinha de pior, ou, pelo menos, uma conduta que você julgou inadequada num momento crítico da sua infância. O presente está repetindo o passado, e a raiva de mim está implícita na situação (Winnicott, 2001, p. 223).

Mas, especialmente, o sono representava um afrouxamento de suas defesas. Eram nesses momentos que aconteciam “coisas inesperadas” (*Ibid.*, pp. 428-429) e quando se havia evidências da “existência de um *self* espontâneo”.

*Paciente:* É uma tarefa muito difícil evitar adormecer. Se fico acordado, reprimo meus pensamentos; se afrouxo o controle, eu durmo.

*Analista:* Então, de forma geral, dormir é a alternativa mais produtiva (*Ibid.*, p. 142).

Numa sessão, Winnicott (1954a/2021, p. 431) tenta fazer algumas interpretações sobre um material que vinha se mostrando bastante sensível para o paciente, mas sem sucesso. O paciente ainda não estava preparado para isso e diz ao analista que, enquanto ele falava, estava “muito longe dali”. Winnicott comunica ao paciente que ele tinha ido para longe de seu *colo*. Uma palavra – *colo* – que se mostrou apropriada em termos de ambiente sustentador, do *meio* que vinha sendo proporcionado por Winnicott como capaz de compreender e perdoar “e do qual dependia sua possibilidade de movimentar-se pelo espaço em sua posição encolhida”.

Em outro episódio o paciente relata o que havia se passado com ele enquanto estava retraído: tinha passado por uma sensação de escuridão, nuvens e uma chuva que caía batendo em seu corpo nu. Winnicott (1954a/2021, p. 432) oferece uma "interpretação do meio em sua forma inversa". Dessa vez, o analista coloca o paciente dentro desse ambiente cruel e impiedoso "a fim de mostrar-lhe que tipo de ambiente ele poderia esperar, caso conseguisse integrar-se e tornar-se independente".

A partir das experiências instintivas (do bebê ou do paciente) no estágio da consideração, conforme estas sejam "satisfatórias ou frustrantes", surge a noção do bem e do mal como o embrião da ideia de *valor* no indivíduo. "O bem passa a receber proteção contra o mal, e um padrão pessoal altamente complexo se estabelece como um sistema de defesa contra o caos de dentro e de fora" (Winnicott, 1958b/2022, p. 28).

Pensamos que Winnicott adotou esse manejo dada a importância de que o paciente se desse conta não só do amor, do bem (o *colo* até então proporcionado) mas também do mal, do ódio em si mesmo, ambos fazendo parte do próprio *self* assim como sentidos por um outro, ainda que esse outro seja de importância fundamental em sua sobrevivência e em seu desenvolvimento. Esse seria um manejo visando a construção de um "material percebido como mau, introjetado no intuito de ser controlado" no mundo interno do paciente (Winnicott, 1954b/2021, p. 455).

Winnicott intercala o *holding* com o uso de interpretações (tal qual no atendimento dos psiconeuróticos); inclusive, numa das sessões, Winnicott diz isso expressamente num momento de questionamento do paciente quanto ao tipo de material que ele levava para análise, seja de ordem prática seja um "material mais profundo": "Eu o sustento o tempo todo. Além disso, existem vários métodos; por um lado, o manejo de forma geral, e, por outro lado, a interpretação do material" (*Ibid.*, p. 129).

Sobre o manejo, Winnicott (*Id.*, p. 39) se referia ao papel do analista em proporcionar uma situação que o paciente não experimentara na infância, "o *holding* de uma situação no tempo, de forma que os fenômenos de dependência pudessem ser testados em relação aos momentos e ideias instintivas", mas não sem o analista poder esclarecer sobre os limites de sua capacidade para tal adaptação.

As interpretações do material oferecidas por Winnicott (*Ibid.*, p. 429) eram entendidas pelo paciente e elaboradas junto a ele, a se ver numa passagem em que Winnicott comunica ao paciente sobre a importância desse meio adequado para o progresso do desenvolvimento emocional, que demonstra seu total entendimento ao descrever o meio a Winnicott "como o

óleo no qual as engrenagens giram”. O paciente era capaz de raciocínios dedutivos, metáforas e simbolização, inerentes ao uso da técnica da interpretação.

Segue o relato de uma sessão em que *holding* e interpretação se fizeram presentes de forma bastante ilustrativa. Inesperadamente o paciente se depara com o fato de que nunca havia aceitado a morte de seu pai. Isso aconteceu depois de um sonho com o pai, em que este o aconselhava sobre questões sexuais. Foi também depois desse sonho que o paciente se queixa de uma dor de cabeça sem aparentes causas fisiológicas e como se a dor estivesse do lado de fora da cabeça, algo que ele descreve como “uma coisa louca” (Winnicott, 2001, p. 434).

Winnicott oferece uma interpretação: “O fato de a dor estar situada do lado de fora da cabeça representa sua necessidade de que alguém segure sua cabeça como naturalmente aconteceria se você fosse uma criança num estado de profunda angústia emocional”. Essa interpretação faz sentido para o paciente só um tempo depois, quando também esclarece para Winnicott que a pessoa a segurar sua cabeça seria seu pai e não sua mãe, e depois da morte de seu pai não haveria ninguém que pudesse segurar sua cabeça no caso de um sofrimento intenso.

O mais importante no manejo clínico foi ter ficado claro que não cabia a Winnicott (*Ibid.*, p. 435) de fato segurar sua cabeça. Isso significaria “aplicar mecanicamente princípios técnicos”. O que realmente importava era a *compreensão* de Winnicott sobre suas necessidades. Esse seria um manejo visando a construção de um material percebido como bom, introjetado no intuito de enriquecimento e estabilização pessoal do mundo interno do paciente, ou seja, “memórias de boas experiências e de objetos amados, e estas permitem que o sujeito prossiga seu caminho mesmo sem apoio ambiental” (*Ibid.*, p. 458).

Aos poucos, novas atitudes passam a denunciar o progresso do desenvolvimento emocional do paciente. Nessa clínica em que o desenvolvimento emocional do paciente se apresenta estacionado no estágio da consideração "a experiência mais fascinante esperada pelo analista é a observação do crescimento gradativo da capacidade do indivíduo de tolerar os elementos agressivos em seu impulso amoroso primitivo" (Winnicott, 1958b/2022, p. 27), o que envolve a capacidade do analista de sobreviver aos ataques do paciente e estar lá para aceitar a reparação.

Após a volta de um período de férias prolongadas de Winnicott, o paciente expressa sua agressividade atacando o analista. Diz não saber por que tinha voltado e considerava difícil recomeçar. Ao longo da leitura de  *Holding e Interpretação*, há diversas passagens em

que o paciente ameaça deixar as consultas com Winnicott, dizendo, por vezes, que, se dependesse da vontade dele, já não estaria lá, permanecendo apenas por vontade do analista.

Vemos nessas atitudes agressivas uma repetição de seus atos em relação ao ambiente, na esperança, pensamos, que, enfim, o ambiente (agora representado pelo analista) sobreviva a seus ataques. Por outro lado, e para se completar o ciclo benigno, o paciente oferecia ao seu analista um discurso intelectualizado, sua forma de buscar uma reparação.

Na ocasião em que estamos relatando, o paciente não só permanece em análise como se aprofunda na situação analítica, expressando sentimentos que vinham do ambiente com seus pais, como a desesperança em ter um gesto espontâneo acolhido, o desamparo de uma criança que fica sem resposta. O impulso destrutivo do paciente, ao qual Winnicott sobreviveu, criou uma externalidade (Winnicott, 1970/2019). Agora, o analista podia ser encontrado como um objeto e ser usado. Como objeto externo, Winnicott fica em condições de oferecer uma interpretação, valendo-se das fantasias, das ideias, das sensações arcaicas do paciente, inclusive dos seus movimentos corporais, como a respiração:

Começou a surgir um material bem mais profundo, e ele contou que sentia haver gente entrando e saindo pelas portas. Minha interpretação de que isso estava ligado à respiração foi confirmada por suas associações seguintes. As ideias são como a respiração; são também como crianças, e se eu não faço nada com elas ele sente que estão abandonadas. Seu medo maior é pela criança desamparada, ou pela ideia ou observação abandonadas, ou pelo gesto de uma criança que fica sem resposta (*Ibid.*, p. 434).

O tempo foi mostrando sinais do progresso no desenvolvimento do paciente. Pela primeira vez havia se interessado em perguntar à mãe quanto a análise estava custando para ela. Na relação transferencial com Winnicott, mostra consciência das críticas que tinha a respeito dele, confessando que chegou a suspeitar que ele fosse um vigarista. Em  *Holding e Interpretação*, Winnicott (2001, p. 29) diz:

O primeiro sinal desse novo desenvolvimento foi relatado como um sentimento inteiramente novo, um sentimento de amor pela filha. Ele teve tal sentimento quando voltava para casa, vindo de um cinema onde havia chorado. Nesta semana ele havia chorado duas vezes, e isso lhe parecia um bom sinal, já que ele era incapaz tanto de chorar quanto de rir, da mesma forma como era incapaz de amar.

Essas eram demonstrações do paciente da sua incipiente capacidade de amar, que, acreditamos, pode ser construída ao longo do processo de análise, dada a capacidade do analista em reproduzir o círculo benigno em análise, sobrevivendo aos seus reiterados ataques

de destrutividade. Uma capacidade de amar do paciente que teria sido inibida com os reiterados rompimentos do círculo benigno ao longo de seu processo de desenvolvimento.

Passamos agora a um caso de Masud Khan (1960/1984), a mesma Sra. X que falamos no capítulo anterior, mas agora numa passagem do processo analítico em que testemunhamos o manejo do analista quando precisou sobreviver aos constantes ataques da paciente. Na fase do tratamento da Sra. X, que Khan chamou de terceira e última fase, e que durou cerca de seis meses, a paciente passou por um estado paranoico quando se deparou com a não concretização do plano de se juntar ao marido e ao filho (o que havia sido o combinado quando terminasse seu tratamento com Khan).

Agora o marido havia deixado o filho aos seus cuidados e suas defesas haviam se erguido. Afasta-se de tudo e de todos numa conduta retraída e inibida, um padrão da Sra. X ao longo da vida no sentido de encontrar certa estruturação e neutralização de suas pulsões, especialmente as agressivas. Mantinha-se afastada inclusive de seus próprios cuidados pessoais (físicos e psíquicos) numa apatia depressiva, especialmente com seu filho. A frustração do plano desencadeou na Sra. X o sentimento de que “tudo era uma fraude” (*Ibid.*, p. 199) e que seu marido, o psiquiatra e o próprio Khan estavam todos planejando contra ela. Fica amarga e provocadora, adota um comportamento polido e controlado que revelava o quanto passava a odiar a todos.

Mantém-se em terapia com o objetivo de fazer seu analista odiá-la e aniquilá-la, já que ainda não podia lidar com o ódio em si mesma e a inveja da felicidade dos outros. Conforme Winnicott, “(...) em certos estágios de certas análises o ódio do analista é na verdade buscado pelo paciente, e nesses momentos é necessário (*leia-se: ao analista*) expressar um ódio que seja objetivo” (Winnicott, 1947/2021, p. 363).

Na situação analítica, Khan diz ter ficado, num primeiro momento, “completamente no ar” (Khan, 1960/1984, pp. 199-200) e sem recursos clínicos para lidar com essa situação. Sua única certeza era a de que “se tratava de uma batalha” na qual a paciente estava constantemente desperta e com um senso de perseguição. Entendeu que seu papel naquela ocasião era o de manter uma atitude firme, combativa e audaciosa para manter “um padrão consistente de atitude e de força de ego”, além de ter que ficar atento para não oferecer “interpretações aleatórias”, que eram rechaçadas pela Sra. X com acidez e descaso.

Khan diz ter se disposto a uma enorme tolerância a não entender nada, a se sentir perdido. Se Khan não conseguiu estar plenamente consciente do seu ódio, tal como proposto por Winnicott, para que pudesse lidar com seu ódio de forma objetiva, parece-nos que pode ter uma atitude parecida com a da mãe que recebe os ataques do bebê, mas se mantém firme e

sobrevive a eles. Tudo o que o bebê faz que pode causar ódio à mãe – o leitor pode ter acesso a uma lista de motivos oferecida por Winnicott (1947/2021, pp. 367-368) pelos quais a mãe pode vir a odiar seu bebê – o paciente também poderá fazer no *setting*. Cabe ao analista, em termos de manejo, se proteger sem retaliar, como a mãe suficientemente boa faz com seu bebê. Parece-nos que foi esse o cenário em que Khan se viu inserido.

Assim como ao da mãe, o papel do analista nessas ocasiões é o de ser capaz de tolerar, sem fazer com que o paciente pague por isso. “Mais cedo ou mais tarde poderá contar ao paciente por que coisas ele passou a fim de ajudá-lo (*leia-se: o paciente*), mas nem sempre a análise consegue chegar a esse ponto” (*Ibid.*, p. 363). Khan se propôs a sustentar uma situação no tempo e se colocar na posição de continuar a ter uma experiência, ainda que adversa, para, aos poucos, descobrir algum sentido.

Da mesma forma que ao término de um dia na vida de um bebê (sadio), ele tem a oferecer tanto coisas boas quanto coisas más, como o resultado do trabalho (interior) realizado, também o paciente em análise (no estágio da consideração) terá coisas boas e más a oferecer ao seu analista. A Sra. X, naquele momento, oferecia aquilo que sentia como mau (persecutório), e Khan fez seu papel de receber o que ela tinha a oferecer. E é a habilidade em receber sem retaliação que representa a sobrevivência do analista aos ataques do paciente e, mais à frente, a possibilidade da angústia (do paciente) se transformar em consideração.

Tanto à mãe quanto ao analista, cabe, respectivamente, em relação ao bebê ou ao paciente, receber aquilo que é oferecido como bom, como também o que é oferecido como mau, a fim de que o sujeito possa ir, ao longo do tempo, tomando consciência de que a mesma pessoa que é objeto de ódio também é o objeto de amor. Como resultado, aos poucos, o sujeito pode ir aplacando sua angústia, construindo e retendo referências de objetos bons e maus, estes últimos no sentido de poder controlá-los.

Em caso trazido em seu artigo *O inter-relacionamento independente do impulso instintivo*, Winnicott (1971/2019) nos descreve o caso da adolescente Sarah, no qual o analista lida com o seu não-saber ao mesmo tempo em que assume o papel da pessoa odiada na transferência delirante. Suspeitamos que o mesmo caso foi relatado por Winnicott anos antes em seu artigo *O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família* (1965b/1994, p. 107-109), mas, nessa ocasião, com a paciente sob o nome "Phyllis". Iremos considerar que se trata do mesmo caso, utilizando informações dos dois relatos. Chamaremos a paciente pelo nome "Sarah".

A pedido da escola, os pais levam Sarah, de 16 anos, para uma consulta com Winnicott. A paciente já havia estado com o analista anos antes, quando estava próxima de

completar 2 anos, numa época em que a família estava às voltas com a gravidez da mãe e a chegada da nova criança. Esse foi um período em que Sarah, ainda muito imatura e dependente dos cuidados ambientais, passou por um fracasso de manejo por parte da família, em especial da mãe. Seu desenvolvimento foi interrompido e nunca se recuperou disso, assumindo um nervosismo, uma irritabilidade, além de dificuldades em se relacionar.

Tem-se de presumir que ficou ciente de uma ameaça de “ansiedade impensável”, a ansiedade primitiva ou arcaica que bebês bem-cuidados não experienciam na realidade, antes de se acharem aparelhados para lidar com o fracasso ambiental através do autocuidado (maternagem introjetada). As ansiedades desse tipo incluem: queda eterna; desintegração; despersonalização; desorientação (Winnicott, 1965b/1994, p. 108).

Começam com o jogo do rabisco e num momento mais avançado da consulta, Sarah diz:

Eu não sei explicar. Sinto como se estivesse em pé ou sentada no alto da torre de uma igreja. Não há nada ao meu redor que me impeça de cair e estou desamparada. É como se eu estivesse apenas me equilibrando (Winnicott 1971/2019, pp. 197-198).

Winnicott faz uma interpretação: durante toda sua vida, ela se sentira como se estivesse apenas se equilibrando, uma percepção que seria derivada de suas experiências reais no colo da mãe, que a deixou de segurar por conta da gravidez e o nascimento do irmão. Sem sucesso! Sarah ainda não podia lidar com raciocínios dedutivos. Winnicott alerta que o analista “sente vontade de interpretar, mas isso pode prejudicar o processo e o paciente pode ver isso como um tipo de autodefesa, como se o analista se esquivasse do seu ataque” (*Ibid.*, p. 150).

Sarah prossegue (como se não tivesse escutado Winnicott): “O problema são as pessoas atrás de mim”. A partir daí, o caráter da consulta mudou. Foi o mais perto que a paciente chegou da definição de sua posição, um “distúrbio psiquiátrico de tipo paranoide” (*Ibid.*, p. 198). A paciente se torna dependente de certas qualidades do contexto profissional, demonstra uma crença muito forte no analista e deposita a confiança na capacidade daquele “de lidar com seu estado como uma doença ou um sinal de aflição” (*Ibid.*, p. 198), agindo de maneira que indique que não sente medo de sua doença. Winnicott sustenta a situação, e Sarah se deixa levar pelo que tinha a dizer:

Quando eu tinha uns seis anos (...) eu sentia que não valia nada e me sentia fisicamente ameaçada. Tinha a impressão de que iriam me esfaquear, me dar um tiro, me estrangular. Principalmente que iriam me esfaquear. Era como se eu tivesse alguma coisa presa nas costas, mas não soubesse (*Ibid.*, p. 198);

Winnicott (1965b/1994, p. 199) informa a nós, leitores, que "não tinha ideia do que poderia vir pela frente", mas continua ajudando Sarah a desenrolar sua narrativa que, nesse momento, se pautava em um sentimento de depressão em função da quebra de confiança que ela tinha em algumas pessoas. O analista é colocado frente a um material clínico em que nada faz sentido, e isso o atinge em seu campo emocional e perceptivo, sente-se perdido. Imerso nesse estado das coisas, precisará ter tolerância ao *não saber* para que não seja afetado. Em algum momento haverá a possibilidade de sair dessa situação, podendo, então, reorganizar seu campo emocional e perceptivo.

Essa conduta de Winnicott permitiu que Sarah prosseguisse, agora já deixando a lógica de lado para expressar seus sentimentos, ainda que com base em delírios. Sarah passa então a insultar a bedel de sua escola, a quem detestava, e a reviver um ataque maníaco que teve ao golpear a porta da sala de aula com uma faca, o que fez com que ela fosse mandada para casa com a recomendação de se consultar com Winnicott. Esse era um fato que Winnicott não tinha conhecimento até então. Não retaliar, não acusar moralmente a atitude de Sarah significava sobreviver, e foi essa atitude de Winnicott que permitiu que a paciente confiasse no *setting* a ponto de ser possível a regressão por ocasião de apenas uma consulta.

A sobrevivência de Winnicott (*Ibid.*, p. 149) ao ódio da paciente, sem a retaliar, permitiu que se desse o processo de sair da área onipotente de Sarah. Agora o analista não era mais um fenômeno subjetivo, Sarah podia encontrá-lo como um objeto externo de quem poderia receber uma interpretação. Algo como dizer: agora Sarah podia desfrutar da experiência analítica usando o "seio para engordar" e não apenas se nutrindo do seu *self*, como uma autoanálise.

A partir disso, Winnicott (1971/2019, p. 202) tem condições de associar e interpretar para Sarah sua atuação na escola ao ódio que a menina sentia por pessoas a quem deveria confiar, mas que a abandonam, precisando, então, destruir essa pessoa. Uma "desilusão repentina original havia incutido nela a convicção de que, sempre que uma pessoa muito boa aparece, ela vai mudar e ser odiada". Winnicott estende esse argumento até ele, no papel de analista, a quem ela também teria sentido ódio e vontade de destruir. Winnicott diz a Sarah: "Eu estou aqui e você me usou de maneira especial; mas seu padrão espera que eu mude e talvez a traia".

Sarah parecia compreender tudo o que estava se passando e começa a se acalmar. Analista e paciente terminam a sessão exaustos. Sarah se mantém em análise com Winnicott por mais alguns anos. Em "adendo" ao relato desse caso, Winnicott confessa que boa parte de

sua verbalização durante a consulta foi desnecessária, mas que, naquela ocasião, não sabia se seria a única ocasião para ajudar Sarah:

Se soubesse que ela passaria pelo tratamento psicanalítico, teria falado muito menos, limitando-me a mostrar que eu estava escutando o que ela tinha a dizer, que percebia o que ela sentia e que, por meio das minhas reações, poderia conter sua ansiedade. Assim, eu teria sido mais como um espelho humano (Winnicott, 1971/2019, pp. 205-206).

Em *Um caso tratado em casa* (1955/2021, p. 253), Winnicott nos relata o caso de Kathleen, uma menina de seis anos às voltas com ansiedade e conflitos deflagrados com o casamento de sua tia. A menina havia recorrido a defesas mais primitivas, “retraiu-se e ficou preocupada em cuidar de si mesma dentro de si mesma”, o que a deixava vulnerável pois já não lhe sobrava tempo para o mundo externo. Kathleen tornou-se um caso de psicose, “em outras palavras, ela se tornou paranoica” (*Ibid.*, pp. 243-253).

Winnicott entra em contato com o caso após uma ligeira melhora de Kathleen em função do trabalho assumido pela família que se transformou “a si mesma num hospital psiquiátrico, assumindo uma organização paranoide dentro da qual essa menina retraída e paranoica adaptava-se admiravelmente”. Eram evitados barulhos como alguém batendo à porta, as visitas foram proibidas pois a menina não suportava mais as pessoas e durante o dia Kathleen não saía mais de casa, não se afastava de sua mãe. À noite os pais ficavam sentados ao seu lado por uma a duas horas até que conseguisse dormir. Tinham que ajudá-la a ir ao banheiro.

Foi nesse contexto artificialmente paranoide, porém confiável e adaptado às necessidades da menina, que Kathleen pode, aos poucos, abandonar seu retraimento, e só então a mãe deixa esse sistema fechado e leva Kathleen a Winnicott. Ao longo de alguns meses, ela e a mãe mantiveram breves entrevistas semanais com o analista. Esse novo *setting* também precisava se adaptar às necessidades de Kathleen, onde ela se recusava terminantemente a entrar na sala de brincar, o que significava não admitir que o analista tivesse acesso a sua psique:

Na psicoterapia de uma criança pequena, a sala de brinquedos muitas vezes representa a pequena psique da criança, e o analista é assim admitido ao mundo interno da criança, onde há uma tremenda disputa entre diversas forças onde reina a magia, e onde o que é bom é constantemente ameaçado pelo que é mau (Winnicott, 1990, p. 91).

Winnicott passou a receber o repúdio, a violência e a agressividade da paciente, assim como era lhe dada a "oportunidade de recusar coisas" (*Ibid.*, p. 250):

Tinha um aspecto selvagem e desafiador, e na maior do tempo limitava-se a ficar junto da mãe, batendo o pé, cuspidando e esbravejando, utilizando palavras de baixo calão. Parecia um animal selvagem. Às vezes dizia: “Cala a boca, eu vou te matar”, ou então “Não, não, não” É difícil descrever a violência com que me repudiava.

Winnicott assume o papel de uma mãe tranquila e complacente que não só sustenta e sobrevive aos ataques impiedosos do bebê como também confere a oportunidade para a concretização de gestos espontâneos.

O ambiente estável e confiável daquele *setting* se tornou um espaço propício para a elaboração dos estados excitados da paciente e o fortalecimento do *ego* a caminho de maior autonomia e menor dependência. Winnicott teve a capacidade de esperar até que a paciente não precisasse mais reagir, até que Kathleen, enfim, aceitasse as sessões e a seu analista. Agora sim o *setting* poderia ser um espaço potencial para o exercício do brincar.

Trazemos um último caso clínico. Em seu artigo *Descoberta e formação do self*, Masud Khan (1972/1984, pp. 361-362) nos relata o caso de um paciente no qual o despertar da confiança no ambiente terapêutico possibilitou uma mudança de rumo num processo de análise que já se estendia por vinte anos.

O paciente havia chegado a Khan com a queixa de três sintomas: "alcoolismo, impotência e ruminções religiosas deturpadas e obsessivas." Passados os anos, o paciente havia deixado de beber e suas questões sexuais tinham melhorado. Melhoras que teriam se dado "segundo a lógica do mundo, não a sua", o que é possível entender quando Khan nos informa que o homem "continuava preso às obsessões religiosas com zelo atuante", frequentemente "delirantes e muito bizarras." Deixara, portanto, apenas alguns sintomas, mantendo-se fixado em falhas acontecidas numa fase primitiva de seu desenvolvimento.

Numa sessão, o paciente chega muito raivoso e de mau humor, acusando Khan de tê-lo feito desperdiçar sua juventude. Um comportamento bem diferente do seu costume: servil, delicado e cortês. Pede a Khan (1972/1984, p. 362) que escreva uma carta a um psiquiatra e outra a um terapeuta de grupo, questionando se havia vaga para ele, pois deixaria a análise com Khan. “Percebendo que ele *necessitava* que eu reconhecesse o meu fracasso, concordei (...)”.

Ao pôr fim à análise o paciente pode, enfim, experienciar sua agressividade e sua espontaneidade. Além disso, a concordância de Khan e o reconhecimento de seu fracasso despertaram confiança no ambiente. Experienciava sua espontaneidade e tinha seu gesto acolhido.

Três dias depois, volta. Conta que tivera um sonho que o tinha deixado esperançoso e otimista. Em geral seus sonhos giravam em torno de fetiches ou situações ameaçadoras. Nesse sonho, porém, que viera depois de ter terminado a análise por decisão própria, havia um novo elemento: a brincadeira.

Ao se dispor a compartilhar o sonho o paciente oferece uma recompensa ao seu analista após seus impulsos destrutivos. “De modo geral, o analista sobrevive a essas fases do movimento de transferência e, após cada fase, surge uma recompensa em termos de amor, reforçada pelo pano de fundo da destruição inconsciente” (Winnicott, 1970/2021, p. 150). Depois do sonho, sente-se capaz de partilhar com Khan situações de vida que em vinte anos não pudera contar.

Os diferentes casos apresentados inerentes ao estágio da consideração nos mostram o papel assumido pelos analistas – abarcado pelo termo “contratransferência” – em sobreviver aos ataques dos pacientes, assim como o de aceitar recompensas oferecidas por eles em desagravo aos ataques. Há um manejo aliado à utilização da técnica da interpretação de uma análise padrão nos momentos pertinentes, capaz de propiciar um ambiente que, enfim, confira a vivência pelo sujeito de um ciclo benigno, a integração do *self* e a possibilidade de estar no mundo a partir de gestos espontâneos.

#### 4.0 CLÍNICA EM QUE PREPONDERA QUESTÕES REFERENTES AOS RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS E OS ASPECTOS CONTRATRANSFERENCIAS

Neste último capítulo abordaremos a categoria de clínica a que Winnicott se referiu como aquela em que preponderam questões inerentes aos sujeitos considerados neuróticos e os aspectos para os quais o analista merece voltar a sua atenção a fim de poder trabalhar impactos contratransferenciais que poderão surgir em função das vicissitudes desse tipo de *setting*.

Nos termos da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, com os indivíduos considerados neuróticos “é possível tomar como certo o trabalho realizado pela mãe e pela adaptação ambiental inicial na história progressa do paciente” (Winnicott, 1954/2021, p. 472, nota de rodapé), teriam ultrapassado e ido além, com saúde, do estágio da consideração.

A seguinte passagem de Deus (2014, p. 43) é bastante esclarecedora para introduzirmos aqui o paciente considerado neurótico segundo Winnicott:

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.

Sobre o “ponto de partida principal” da psiconeurose Winnicott toma por referência o momento a partir do qual a criança aprende a andar (Winnicott, 1956c/2021, p. 517), avançando para períodos compreendidos entre os seus dois aos cinco anos de idade. Mas o autor nos adverte para não nos prendermos nessas idades já que ele está se referindo mais ao estágio de desenvolvimento do que à idade propriamente dita. Não há idade que, a rigor, venha corresponder a um estágio. “Os estágios da primeira infância e da dependência reaparecem, e assim o fazem todos os estágios posteriores” (Winnicott, 1961/2005, p. 55).

Se nos transtornos psíquicos correspondentes a estágios anteriores os problemas são inerentes à estrutura da personalidade, achando-se o paciente fora de contato com a realidade

externa, “desintegrado, ou irreal, ou fora de contato com o seu próprio corpo”, na psicose podemos considerar que o paciente já passou por várias conquistas em termos maturacionais e se acha “bem alojado em seu próprio corpo”, existe como “pessoa total” (Winnicott, 1961/2005, p. 53). Funcionam como “pessoas inteiras” (Winnicott, 1954/2021, p. 463).

São sujeitos que adquiriram integração e força de *ego* suficiente para existirem por si mesmos e, nessa condição, são capazes de se relacionar com outras pessoas também inteiras, de se relacionar a um só tempo com outros dois seres humanos, a mãe e o pai, no complexo edipiano.

Seus conflitos e ansiedades não se referem tanto aos resultados de fracassos ambientais, mas a dificuldades pessoais, do próprio sujeito, pertencentes “essencialmente à vida e aos relacionamentos interpessoais” (Winnicott, 1961/2005, p. 54), a impulsos, ideias e sonhos que se passam em sua realidade interna e que geram conflitos intoleráveis entre amor e ódio, “entre o desejo de preservar e o desejo de destruir e, de maneira mais sofisticada, entre as posições heterossexual e homossexual na identificação com os pais” (*Ibid.*, p. 56).

O sofrimento nasce do conflito de o sujeito buscar liberdade para os seus instintos, para suas fantasias inconscientes, e, ao mesmo tempo, temer essa busca, tendo que lidar com um medo que paralisa.

Essa é a ansiedade da castração contra a qual o sujeito começa a criar defesas. A psicose é a organização dessas defesas.

Em que pese a etiologia da neurose não estar numa condição ambiental, e sim em conflitos do próprio indivíduo, Winnicott ainda considera a contínua importância do ambiente.

Nesse “estágio do complexo edipiano é imensamente valioso que a criança possa seguir vivendo em um ambiente assentado de lar, de maneira tal que seja seguro brincar e sonhar, e que o impulso a ser amoroso possa ser transformado e um gesto efetivo, no momento apropriado” (Winnicott, 1961/2005, p. 57). A condição e o caráter ambiental podem determinar, até certo ponto, o padrão de defesas assumido contra a ansiedade da castração.

É interessante como Winnicott põe em foco a “saúde” nos sujeitos acometidos pela psicose (Winnicott, 1961/2005, p. 54). O autor os considera suficientemente sadios para não serem psicóticos. Apesar de ser difícil a vivência de tais conflitos “a criança está viva e cheia de vida” (Winnicott, 1956c/2021, p. 519).

A anormalidade viria da condição do sujeito ficar incapacitado para a vida. Teria desenvolvido uma estrutura sadia de *ego*, mas fracassa diante das tensões instintivas criando

defesas rígidas. Ainda assim não perde “em nada o desenvolvimento integrador inicial” (Winnicott, 1961/2005, p. 56).

Winnicott elenca quatro tipos de defesas principais contra as ansiedades provocadas pelos conflitos inconscientes vinculados à vida pulsional.

A primeira, a principal, é a repressão, a inibição da pulsão. E é assim que “um tipo especial de inconsciente se desenvolve, o inconsciente reprimido” (*Ibid.*, p. 56). Nessa solução, além de o material reprimido estar sempre “sujeito a aparecer sob uma forma ou outra, num sonho, ou, talvez, projetado sobre fenômenos externos”, há também um preço muito caro em termos econômicos pois, se por um lado há uma diminuição da ansiedade, por outro há uma perda “da pulsão instintual no relacionamento com objetos”, o que equivale a “um sério empobrecimento da experiência de vida” do sujeito.

O segundo tipo de defesa é a organização de rituais obsessivos, “uma espécie de religião com um deus morto” (Winnicott, 1956c/2021, p. 520), uma alternativa para lidar com a ansiedade e uma tentativa de impedir a volta do impulso. Essa defesa seria “um substituto pobre para a sequência de saúde – (1) impulso e ideia destrutiva, (2) senso de culpa, (3) reparação ou atividade construtiva – mas para o neurótico, tem de servir” (Winnicott, 1961/2005, p. 57).

A terceira modalidade de defesa é o acometimento por transtornos psicossomáticos. “Conflitos emocionais transformam-se em conflitos no funcionamento físico” (Winnicott, 1956c/2021, p. 521), “os ditos sintomas de conversão, cujo conteúdo de fantasia se perdeu; ou de ansiedades hipocondríacas a respeito de partes do corpo ou da alma” (Winnicott, 1961/2005, p. 56).

E o quarto tipo de defesa são as fobias. Objetos, animais e situações que simbolizam o conflito passam a provocar medo e ser evitados.

Uma pessoa relativamente livre de defesas, de repressões e inibições do instinto, ainda assim “pode empregar todo tipo de defesas, e mudar de uma para outra” (*Ibid.*, p. 58). A diferença com uma pessoa psiconeurótica está no fato de que não apresenta rigidez em sua organização defensiva.

Winnicott considera que a “técnica para o tratamento desses pacientes faz parte da psicanálise desenvolvida nas mãos de Freud no início do século XX” (Winnicott, 1954/2021, p. 463), que teria se dirigido para as ansiedades pertencentes aos relacionamentos interpessoais.

O trabalho principal no ambiente do *setting*, diante um padrão organizado de defesas contra ansiedades resultantes dos conflitos da vida instintual, “consiste em trazer à

consciência o inconsciente reprimido”, mas, especificamente, “o paciente psiconeurótico buscará “uma ajuda pessoal do tipo que torne possível a diminuição das forças de repressão e a liberação da energia pessoal para o impulso não premeditado” (Winnicott, 1961/2005, p. 57), o que entendemos como um (r)estabelecimento da capacidade de tolerar as ambivalências nos relacionamentos interpessoais e a (re)construção de gestos espontâneos.

E esse é um trabalho que analista e paciente fazem de forma gradual, por meio, essencialmente, da interpretação do “amor e ódio tais como aparecem na neurose de transferência”, de uma recondução à infância a partir do que vem à tona na análise por meio da associação livre do paciente (Winnicott, 1963e/2022, p. 310).

Pois bem, resultou que, para o presente capítulo, não localizamos, dentre o material pesquisado, passagens de casos que cumprissem os critérios para o nosso objetivo nesta dissertação, quais sejam, trazer para o leitor casos não só relativos à categoria de clínica estudada em cada capítulo, mas também que contenham conteúdo que diga respeito a aspectos da contratransferência, do papel ou da resposta do analista, conforme a Introdução e o Capítulo 1.

Apesar de entendermos não haver fronteiras claras entre estados clínicos e em que pese, conforme Winnicott, “não encontrarmos comumente pacientes que sejam, por assim dizer, casos psiconeuróticos *puros*” (Winnicott, 1961/2005, p. 58), para os fins que pretendemos nesta dissertação – e a fim de nos situarmos –, buscamos, em todos os capítulos, casos, ou passagens de casos, que dissessem respeito à conduta adotada pelo analista em cada uma das categorias clínicas estudadas, sendo, no presente capítulo, o tratamento do psiconeurótico, um estado clínico em que o sujeito seria ele mesmo, na passagem abordada, psiconeurótico.

E, em termos da contratransferência, significaria a localização de passagens, dentro dos casos descritos por Winnicott (ou Masud Khan), que descrevessem como aspectos neuróticos do analista teriam impactado na sua atitude profissional e no curso do processo analítico determinado pelo paciente (conforme vimos no Capítulo 1).

Não logramos encontrar conforme esses critérios.

Mas nem tudo está perdido!

Lembremos que Winnicott considera relevantes para o trabalho clínico, em especial para o *setting* com pacientes psiconeuróticos, a *atitude profissional* do analista, sua *técnica* e *esforço mental consciente*, mantidos em análise para o melhor momento para uma interpretação.

Em consonância com nosso objetivo, que inclui trazer à luz características e dificuldades inerentes a cada uma das clínicas estudadas e que o analista merece ser conhecedor no sentido de poder lidar e estar mais apto a se perceber a si próprio envolvido com sentimentos contratransferências, como fizemos constar em nossa Introdução, vamos, então, nos debruçar sobre a principal característica da clínica que estamos tratando, a *interpretação da ambivalência*. Conforme Dias (2023, p. 34):

A interpretação, no sentido tradicional, serve àqueles indivíduos cuja personalidade foi bem estruturada, e que já tem uma realidade psíquica pessoal (interna), com fantasias e conflitos inconscientes, além de conteúdos reprimidos que insistem em ressurgir, aqueles, portanto, que alcançaram o ‘profundo’ e que estão se debatendo com as ansiedades relativas à administração dos instintos que surgem das fantasias e/ou das relações interpessoais diretas.

E, nesse contexto, traremos também algumas passagens que nos mostram como Winnicott discorre sobre a *atitude profissional* do analista, sua *técnica* e seu *esforço mental consciente* necessários para um bom trabalho de interpretação, entendida como uma reflexão do analista sobre a comunicação do paciente – uma comunicação que o analista sentiu que precisa ser reconhecida e a devolve ao paciente, dando-lhe a oportunidade de corrigir mal-entendidos. E é aconselhável que o analista esteja disponível para aceitar correções:

Há analistas que aceitam tais correções, mas há também aqueles que, em seu papel interpretador, assumem uma posição que é quase inexpugnável, de maneira que, se o paciente tenta fazer uma correção, o analista tende antes a pensar em termos da resistência daquele do que em termos da possibilidade de que a comunicação tenha sido errada ou insatisfatoriamente recebida.” (Winnicott, 1968/2005, p. 164).

Para Winnicott nem sempre a interpretação verbalizada é o mais importante. Para ele, “o momento mais significativo é aquele em que *a criança se surpreende consigo mesma*, e não o momento em que faço uma interpretação perspicaz” (1971/2019, p. 88).

E esse surpreender-se (da criança ou do adulto)<sup>1</sup> virá da área do *brincar* no *setting* analítico. Lembramos o entendimento de Winnicott para quem:

A psicoterapia ocorre na intersecção entre duas áreas do brincar: a do paciente e do terapeuta. Tem a ver com duas pessoas brincando juntas. O corolário disso é que, quando essa brincadeira não é possível, o trabalho do

<sup>1</sup> “Qualquer coisa que eu diga sobre a brincadeira das crianças também serve para os adultos, embora seja mais difícil tratar do assunto quando o material do paciente se revela sobretudo por meio da comunicação verbal. Suponho que devemos encontrar a brincadeira de modo tão evidente na análise de adultos assim como em nosso trabalho com crianças. Ele se manifesta, por exemplo, na escolha das palavras, no tom de voz e, é claro, no senso de humor” (Winnicott, 1971/2019, p. 72).

terapeuta consiste em retirar o paciente de um estado marcado pela incapacidade de brincar e trazê-lo para um estado em que consegue fazê-lo (Winnicott, 1971/2019, p. 69).

Portanto, o jogo em si é mais importante do que a interpretação propriamente dita: “a questão não é o *insight*” e sim usar a compreensão transferencial para jogar com aquilo que o paciente confere ao analista (Safrá, 2005, p. 105), e só então, se preciso, comunicar por meio da interpretação.

Dada a citação acima, tomamos um pequeno espaço emprestado deste capítulo para nos reportarmos ao paciente mencionado no capítulo anterior, aquele de  *Holding e Interpretação* (Winnicott, 2001, p. 123). A ele coube aprender a brincar no próprio *setting* junto a seu analista. A seguinte passagem é bastante ilustrativa:

*Paciente:* Tudo isso me faz pensar, na medida em que posso ver o enorme progresso que foi alcançado na análise, se não é tolo querer parar por aqui, já que podemos conseguir mais ainda. (...) Quando eu o procurei pela segunda vez havia uma razão definida. Eu estava doente e tinha necessidade de análise. Agora voltei ao primeiro estado, no sentido de que não preciso mais da análise e que, portanto, ela se tornou um jogo. Então eu me pergunto: será que ela é necessária?

*Analista:* Ser capaz de jogar dessa forma também é uma modificação produzida pela análise.

*Paciente:* Sim, eu tinha uma enorme dificuldade para jogar e sempre que o fazia ficava pensando: ‘Será que é permitido? Não será frívolo? Arrisco-me a brincar?’ Quando não era sério eu tinha de assumir deliberadamente a responsabilidade. (...) Fico imaginando se a minha educação foi séria demais e se foi dada pouca importância às brincadeiras (...).

Pois bem, em *Revisitando Piggie: um caso de psicanálise segundo a demanda*, Safrá (2005, p. 100) faz a pergunta “*Qual a atividade, qual o trabalho mental de Winnicott?*”. Entendemos que o autor está se referindo à atividade clínica de Winnicott como um todo, e não apenas à clínica com neuróticos.

Esta é a sua resposta: Winnicott trabalha, metodologicamente, com a presença de três funções, exercidas ao mesmo tempo. Sustenta um jogo, abrindo possibilidades para esse jogo fluir, e isso “envolve a questão de *holding* e do espaço potencial” para, eventualmente, verbalizar o que for fundamental; tenta compreender qual “a comunicação significativa” que o paciente está trazendo para a sessão; e, ainda, observa as aquisições do desenvolvimento emocional.

(...) Isto tudo tem valor diagnóstico para Winnicott porque o fundamental da análise, para ele, é trabalhar com a questão que a criança traz, de tal maneira que as paradas do desenvolvimento possam ser superadas. Esse é seu critério

de análise. Uma criança precisa de uma intervenção analítica quando a angústia que ela está vivendo, a problemática que ela está vivendo truncou o seu processo maturacional. Por essa razão, metodologicamente, no trabalho que Winnicott faz, ele sustenta o jogo e compreende qual é a angústia, mas também tenta observar quais as funções que vão sendo assimiladas e de que forma o processo maturacional vai sendo retomado pela criança.

Estas tarefas estão presentes o tempo inteiro. Por isso se vê que Winnicott sempre tem uma preocupação fundamental com o diagnóstico da situação e das possibilidades do paciente. Em seus textos teóricos ele nos fala que em todo trabalho clínico que realiza o que o norteia é sempre uma teoria sobre o desenvolvimento, sobre o processo maturacional. (Safra, 2005, p. 101)

Em suma, um trabalho em que – mais do que de fato dizer algo ao paciente – o analista se volta para o processo de sustentar aquilo que ainda é passível de formulação.

No exemplo clínico de Piggie, Safra (2005), ao comentar sobre a quarta consulta de Winnicott com a menina Gabrielle – apelidada de Piggie, e que, naquela época, contava com dois anos e oito meses – trata da *comunicação significativa* daquela sessão a qual girava em torno de medos edípicos da paciente e que veio à tona pelo jogo instaurado no *setting*.

Num dado momento Piggie dá, ela mesma, por encerrada a consulta, o que aconteceu logo após ter ficado ansiosa por conta do material edípico que havia se desenhado na situação transferencial. Então, ela arruma os brinquedos, pega seus sapatos que havia tirado e caminha até o pai que estava na sala de espera.

O pai tenta convencê-la a ficar, mas Piggie insiste: “Eu quero ir, por favor deixa eu ir”. Winnicott observava a tudo e avaliava “o desenvolvimento considerável da personalidade, pelo aparecimento da coerência e, pela primeira vez, de algo que se poderia chamar de equilíbrio” (Winnicott, 1979, p. 62).

Winnicott ainda consegue que o pai se sente numa cadeira com Piggie no colo – nesse momento se desenvolve um jogo em que ela “era um bebê, nascendo do pai, entre suas pernas” (*Ibid.*, p. 62).

Só depois desse jogo ter se repetido muitas vezes é que Winnicott oferece uma interpretação à ansiedade que havia se manifestado na menina anteriormente, o que a fez ter deixado a consulta: “era importante ter um pai quando ela tivesse medo de ficar sozinha com Winnicott, e quisesse brincar com Winnicott um jogo semelhante àquele de nascer, usando um homem como uma mãe” (Winnicott, 1979, p. 62).

O jogo, seguido da interpretação, deixou Piggie confiante o suficiente para iniciar um novo jogo com novos papéis transferenciais conferidos a Winnicott.

Em *Os objetivos do tratamento psicanalítico* (1962c/2022) Winnicott nos oferece dois argumentos para justificar por que faz interpretações.

O primeiro, como já abordamos acima, vem ancorado no princípio de realidade. Winnicott entende que, ao fazer uma interpretação, o analista está sujeito a não acertar, a estar errado, e, dessa forma, retém “certa qualidade externa” (Winnicott, 1962c/2022, p. 213). Do contrário o paciente ficará com a impressão que o analista compreende tudo.

No segundo Winnicott confere à interpretação, feita no momento adequado, o papel de mobilizar forças intelectuais. Sobre “mobilizar forças intelectuais”, entendemos que podemos utilizar a seguinte explicação do próprio autor em outro artigo:

As mudanças ocorrem na análise quando os fatores traumáticos entram no material psicanalítico do jeito próprio do paciente, conforme a onipotência dele. As interpretações que causam mudanças são aquelas que podem ser feitas em termos de projeção. O mesmo se aplica a fatores benignos, fatores que levaram à satisfação. Tudo é interpretado em termos do amor e da ambivalência do indivíduo. O analista fica preparado para esperar um longo tempo até estar em posição de fazer exatamente esse tipo de trabalho (Winnicott, 1960b/2022, p. 45).

Na citação acima, e ainda por ocasião do artigo supracitado, Winnicott trata da capacidade do analista em fazer a interpretação a partir do material produzido pelo próprio paciente.

É importante que a interpretação esteja relacionada com “o material produzido pela cooperação inconsciente do paciente” (Winnicott, 1962c/2022, p. 213), isto é, o material que vai fundamentar e justificar a interpretação deve vir da “cooperação baseada no trabalho da análise” (Winnicott, 1958c/2022, p. 149), e não de ideias e sentimentos pessoais do analista. Estes, apesar de permanecerem envolvidos no processo de análise, devem ser *examinados* e *filtrados* antes do analista se decidir sobre o *conteúdo* de uma interpretação, *se, como e quando* exteriorizá-la.

Cabe ao analista a tarefa de esperar pelo momento adequado para fazer a interpretação. Winnicott credita a possibilidade de espera pelo analista à capacidade do paciente em confiar, uma capacidade que é “redescoberta na confiabilidade do analista e no *setting* profissional” (1960b/2022, p. 45).<sup>2</sup>

Nesse *setting* o analista pode contar que *confiança* é algo que o paciente já experienciou em sua vida, algo proporcionado pelo ambiente durante estágios anteriores do seu desenvolvimento e que compõe sua estrutura de *ego* (mas que tem que *redescobrir*), de modo que esta poderá, em algum momento, aparecer na neurose de transferência.

---

<sup>2</sup> Conforme Winnicott (1960b/2022, p. 46), “no tratamento da esquizofrenia e outras psicoses”, essa confiabilidade é algo que o paciente terá que encontrar “pela primeira vez no comportamento do analista”.

Espera-se do analista, portanto, estar preparado para aguardar o *momento* do paciente em confiar e apresentar seu material psíquico, para que, só então, esteja em condições de interpretá-lo a partir da transferência. E pode ser que tenha que esperar por um tempo bastante longo.

Entendemos que esse *momento* seja aquele em que há sobreposição das áreas do brincar do paciente e do analista, em que criam um “brincar comum no interior de um relacionamento”:

Quando existe um brincar mútuo, a interpretação feita de acordo com os princípios psicanalíticos estabelecidos dá continuidade ao trabalho terapêutico. Para que a psicoterapia possa acontecer, esse brincar deve ser espontâneo, não submisso nem condescendente. (Winnicott, 1971/2019. p. 88)

No artigo *A interpretação na psicanálise* (1968/2005) parece-nos que Winnicott volta a falar sobre a importância da interpretação em consonância com a “cooperação inconsciente do paciente”, ainda que não utilizando esse termo.

O autor conta o caso de um paciente muito calado que, numa dada sessão, falou bastante em resposta a uma pergunta do analista. E adverte: “É extremamente tentador para o analista, neste ponto, utilizar este material, que é mais do que ele com frequência obtém em duas ou três semanas” (*Ibid.*, p. 165).

Contudo, todo esse material só apareceu em função da pergunta do analista. Pode ser que a pergunta tenha surgido pela sensação do analista em estar perdendo contato com o paciente, mas o produto da resposta não era material para interpretação.

No caso relatado, após um tempo, as sessões passaram a ser silenciosas e, a rigor, a comunicação essencial parecia estar nos silêncios.

Nesse mesmo artigo Winnicott nos traz mais um aspecto sobre o fator temporal na interpretação, além da necessidade de espera, como já vimos.

Algumas comunicações são *insights* dos pacientes derivados não de sua pessoa total mas “apenas de uma parte da pessoa total” (*Ibid.*, p. 165). Como pessoa total o paciente não teria condições de oferecer o material para interpretação.

O analista deve ter em vista que as interpretações desse material “fazem parte de uma construção de *insight*” dentro de uma área limitada de transferência. O analista está, tanto quanto o paciente, numa posição limitada e oferecendo material também limitado, de modo que, ao oferecer a interpretação, pode ser que o paciente já tenha saído dessa área limitada, não se encontre “mais na área de *insight* com referência a este elemento ou constelação psicanalítica particular” (*Ibid.*, p. 165).

Portanto, nesses casos, o momento de fazer a interpretação é na mesma sessão e “dentro de um certo número de minutos ou mesmo de segundos do material muito rico em *insight* que foi apresentado” (Winnicott, 1968/2005, p. 165). No dia seguinte, ou num momento posterior, já não teria o mesmo valor.

Um exemplo clínico nesse sentido é o caso de um menino de três anos que, em sessão com Winnicott (1990), constrói um túnel e faz dois trens colidirem no interior do túnel. Logo após ter provocado a colisão, o menino sofre um ataque agudo de asma. O analista fornece uma interpretação logo em seguida, “três minutos do começo da análise”, que tem a qualidade especial de cessar o ataque. Transcrevemos o conteúdo da interpretação:

(...). Dentro de você as pessoas se encontram e você pega elas e faz elas se arrebentar ou segura elas separadas; você está me contando sobre o papai e a mamãe e sobre a maneira que eles amam um ao outro ou brigam e você se sente deixado de lado (*Ibid.*, p. 109).

Conforme Winnicott (*Ibid.*, p. 110) “se a interpretação não tivesse sido feita, o menino teria ido para casa com a asma e o tratamento teria falhado no início”.

Winnicott também nos alerta para o *conteúdo* da interpretação que poderá “levar o paciente mais além do que a confiança transferencial permite”, “mais além do ponto que haviam atingido quando estavam apresentando o material específico à sessão”. Nesses casos a interpretação já não é mais o reflexo da comunicação do paciente, e sim uma “revelação quase miraculosa”. Representa, então, uma ameaça. Traz conteúdo que coloca o paciente em contato com um estágio do desenvolvimento emocional que ainda não atingiu (Winnicott, 1968/2005, p. 166).

Em *A comunicação do bebê com a mãe e da mãe com o bebê, comparada e contrastada* (1968b/2020) Winnicott nos sensibiliza para as sutilezas de uma interpretação. “Não se trata apenas de comunicação verbal” (*Ibid.*, p. 111). Para além do *conteúdo* (o que) da interpretação, há também *como* será feita:

Muita coisa depende da maneira como o analista usa as palavras, e, portanto, da atitude subjacente à interpretação. (...) Ainda que a psicanálise de determinados sujeitos se baseie na verbalização, todo analista sabe que, além do conteúdo das interpretações, a atitude implícita na verbalização tem relevância própria, e essa atitude se reflete nas nuances, na sincronia e nas incontáveis formas que se comparam com a variedade infinita da poesia. (*Ibid.*, p. 112).

Esse excerto nos parece exemplificar como Winnicott se aproximou do conceito de *tato psicológico*, de Ferenczi, ao colocar o analista numa posição mais sensível no seu manejo

clínico – algo que resulta não só da sua experiência e do seu saber técnico e teórico, mas também da dissecação de seu próprio psiquismo.

Conforme Winnicott (1990, p. 80), na análise do psiconeurótico, é preciso que o analista tenha “capacidade para tolerar ideias e sentimentos (amor, ódio, ambivalência, etc.) e para compreender processos”, e essa compreensão viria demonstrada “pela expressão adequada através da linguagem (a interpretação daquilo que o paciente está justamente em condições de admitir conscientemente)”. O caminho seria aquele proposto por Freud: a análise do analista.

O mesmo caso clínico apresentado acima, referente ao menino de três anos (Winnicott, 1990), serve-nos aqui para apresentar como o autor concebe a capacidade do analista em tolerar o conflito:

(...) no momento em que fiz a interpretação, o tratamento começou e todo o material subsequente foi influenciado pelo fato de que eu havia entrado na vida do menino como um ser humano que podia colocar as coisas em palavras, lidar objetivamente com a situação cheia de sentimentos, e que podia tolerar o conflito e ver o que é que já estava pronto para se tornar consciente, e, portanto, aceitável pelo paciente como um fenômeno do *self* (*Ibid.*, p. 110).

Por fim, fazemos referência ao artigo *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico* (1954/2021), no qual Winnicott elenca algumas características do *setting* em que analista e paciente se debruçam sobre um trabalho em que se apresenta a psicose.

Dentre elas, há duas que podemos destacar como inerentes a condutas esperadas do analista que, no entanto, poderiam ser desvirtuadas por sentimentos contratransferenciais não identificados e não elaborados. Uma delas é o analista manter “seu julgamento de moral fora do relacionamento” (*Ibid.*, p. 473), não ter desejo de se intrometer com detalhes da sua vida pessoal e com suas ideias próprias, ainda que não esteja alheio às coisas do mundo, a um fato de ordem pública, por exemplo. A outra é, no *setting*, ser o analista uma pessoa “bem mais confiável que as demais pessoas da vida cotidiana”, a exemplo de ser ele pontual, ou mesmo alguém “não propenso a ataques de fúria nem se apaixonar compulsivamente”.

Assim, nessa categoria de clínica de sujeitos considerados neuróticos, trouxemos aspectos para os quais o analista merece voltar sua atenção a fim de trabalhar sentimentos contratransferenciais, em especial sua atitude profissional, técnica e esforço mental consciente ao se propor interpretar a ambivalência.

## 5.0. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso objetivo com esta dissertação foi – ao longo de uma leitura em extensão da obra de Winnicott mas sem a pretensão de esgotá-la – trazer ao leitor relatos ou mesmo indícios de impactos contratransferenciais na clínica winnicottiana, ou, ainda, posições e tarefas que o analista tem quando se depara no *setting* com as diferentes formas de adoecimento psíquico.

Tendo como pontos de partida teóricos o conceito de contratransferência para Winnicott assim como a teoria do desenvolvimento emocional desse autor, seja para o entendimento dos adoecimentos psíquicos seja de sua clínica, nossa finalidade última era a de, por meio da narrativa de passagens de casos clínicos de Winnicott (e Masud Khan), conferir maior aparato técnico ao analista em cada *setting* estudado. Tudo no sentido deste poder estar mais apto a perceber a si mesmo envolvido com sentimentos contratransferenciais e, a partir deles, encontrar repostas e manejos mais adequados para o processo analítico junto ao paciente.

Resultou que localizamos poucos relatos diretos de Winnicott sobre os seus próprios impactos ou sentimentos contratransferenciais, a exemplo da passagem em que o autor diz que o fato de ter que ficar em silêncio causou-lhe um *comichão na garganta*, o qual teria conseguido esconder. Pareceu-nos que Masud Khan nos brindou com mais frequência com relatos de seus próprios impactos contratransferenciais. Mas nosso trabalho é sobre a clínica de Winnicott. De fato, os casos que trouxemos de Khan pretenderam ilustrar a clínica inspirada em Winnicott.

Por outro lado Winnicott é absolutamente farto e generoso em nos fornecer passagens de casos a partir dos quais podemos traçar diferentes posições e diferentes tarefas do analista diante dos impactos contratransferenciais que qualquer analista se vê suscetível nas três modalidades de clínicas abordadas.

Reafirmando o entendimento de Figueiredo e Minerbo (2006), essa constatação – que foi se dando ao longo do trabalho e que ao final se tornou uma conclusão – resultou numa transformação constante da percepção da pesquisadora sobre como lidar com o objeto de pesquisa e, por fim, uma transformação do próprio objeto de pesquisa.

A pesquisadora esperava, de início, que fosse encontrar, além dos dois artigos principais de Winnicott sobre contratransferência, mais menções diretas de contratransferência e relatos de envolvimentos emocionais do analista durante o tratamento de seus pacientes. Inclusive, o próprio termo *contratransferência* muito raramente é mencionado de forma direta na obra.

Verificamos que a questão da *contratransferência* não é destacado explicitamente na obra de Winnicott. Esse fenômeno se encontra nas entrelinhas e por vezes é difícil de caracterizar como e se realmente se deu uma contratransferência, dado o cuidado tomado pela pesquisadora em não colocar palavras na boca do autor.

O que de fato Winnicott faz, e com abundância, é relatar os seus casos descrevendo como se deu o *papel do analista* na situação específica, dependendo do que está sendo vivido, experimentado, naquilo que o analista é desafiado e exigido nas diferentes clínicas, ou mesmo dentro de uma mesma sessão. Um termo, *papel do analista*, que, como vimos, foi utilizado por Winnicott como uma extensão do significado de contratransferência e que Winnicott o delimita ao âmbito do *setting* de pacientes que "necessitam de uma regressão" a estágios bem iniciais de seu desenvolvimento emocional. Um termo que Winnicott entende pela "resposta total do analista às necessidades do paciente", uma formulação de Margareth Little, ou seja, o "uso que o analista pode fazer de suas próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica desse paciente no *self* do analista" (Winnicott, 1960/2022, pp. 208-211).

Assim, nos parece, fez ele jus à sua própria teoria sobre a contratransferência e fornece material clínico para que o analista possa estar *prevenido e preparado* para lidar e manejar sentimentos contratransferenciais.

A pesquisadora teve que organizar a sua narrativa no sentido de (esta é a esperança!) sensibilizar o leitor quanto ao que poderá encontrar em cada clínica – dadas as singularidades de cada sujeito e dada a singularidade do próprio analista – para que este possa vislumbrar, em cada uma delas, aquilo que lhe compete, aquilo que precisa se prevenir porque certos impactos contratransferenciais são muito perturbadores e podem bloquear ou esterilizar o seu trabalho.

Ao final de sua pesquisa a pesquisadora identificou o resultado obtido com aquilo que Margaret Little diz em seu artigo *A resposta total do analista às necessidades do seu paciente* (1957/2007). Nesse texto a autora procurou mostrar que elementos essenciais na resposta total do analista às necessidades do paciente estariam presentes, explícitos ou implícitos, em toda análise, seja de pacientes mais perturbados seja de neuróticos. São elementos que dizem respeito à participação e ao envolvimento do analista com o trabalho desenvolvido com seu paciente e que podem ser de caráter variável ou invariável.

Para Little uma análise “boa e bem-sucedida” depende da qualidade dessa parte invariável, estreitamente relacionada com a saúde psíquica do analista, sua segurança e

confiança no seu próprio trabalho analítico, com o quanto foi capaz de lidar com seus próprios sofrimentos e ansiedades:

Se ele puder confiar nesse trabalho, e conseqüentemente em si mesmo, será provavelmente seguro para seus pacientes fazer a mesma coisa, e eles irão fazer isso cada vez mais. Se não, provavelmente será não só inseguro, mas também impossível para eles. (...)

As coisas variáveis: a contratransferência inconsciente, a variação de um dia para o outro, e de uma hora para outra, na quantidade de tensão que é tolerada, sua saúde, suas preocupações externas, tudo isso tende a se tornar difícil, especialmente se existe um grau muito grande de variação. Essas são apenas parte das responsabilidades do analista: ele tem que conferir se o nível de variação não é excessivo, e verificar que as variações não fiquem fixadas ou não-fixadas, de novo, demasiado facilmente. Mas essas coisas, como todas as outras às quais me referi, podem ser valiosas e ao mesmo tempo prejudiciais; elas são parte da vida do analista e elas constituem a vida e o movimento do trabalho analítico (Little, 1957/2007, pp. 111-112).

Na nossa pesquisa identificamos como Winnicott de fato nos fornece a parte invariável do trabalho do analista em cada uma das clínicas abordadas.

Dados esses resultados de pesquisa e a organização da narrativa feita pela pesquisadora, a banca avaliadora sugeriu seu espelhamento no título desse trabalho. Assim é que, de *Aspectos da contratransferência na clínica de Winnicott*, reelaboramos e estendemos o título para: *Contratransferência nas clínicas de Winnicott: envolvimento, desafios e tarefas de cuidado do analista*.

Isso porque, primeiro, não é a clínica de Winnicott, e sim as clínicas, no plural. O autor tem uma compreensão da psicanálise que permite que ele conceba, promova, diferentes trabalhos clínicos em função de como ele encontra o paciente no momento. Então são clínicas, clínicas psicanalíticas winnicottianas. Segundo porque as diferentes clínicas implicam em diferentes tipos de *envolvimento* do psicanalista, que inclui a contratransferência, e diferentes desafios emocionais e cognitivos que o analista tem que enfrentar, que também inclui a contratransferência e coloca para ele diferentes tarefas, que é o que ele pode fazer a partir desses desafios.

Passamos, assim, a retomar os capítulos para conferir uma visão sistêmica da questão da contratransferência no pensamento e na clínica winnicottiana. Retomamos posições, tarefas e impactos contratransferenciais que o analista está sujeito quando se depara com os diferentes adoecimentos psíquicos de acordo com o desenvolvimento maturacional.

Para Winnicott tanto a natureza dos adoecimentos psíquicos quanto o *setting* e o papel do analista, incluindo o caráter da transferência e da contratransferência, são concebidos à luz

da teoria do desenvolvimento emocional. Sempre consideradas as limitações e especificidades do ambiente do *setting*.

No capítulo 2 focalizamos o *setting* em que os pacientes se acham fixados em fases mais primitivas do seu desenvolvimento emocional. Um *setting* no qual a estratégia clínica está às voltas com o fornecimento de segurança, sustentação e apoio de *ego* em grande escala. Espera-se que o analista esteja pronto para uma adaptação ativa e especializada às necessidades de um paciente que lhe fará cada vez maiores exigências, especialmente em fases de regressão à dependência.

Conforme Winnicott o papel ou a resposta do analista nesse *setting* modificado – entendido sob o termo contratransferência (1960a/2022) – é fazer uso de suas próprias reações, conscientes ou inconscientes, diante do impacto do paciente psicótico (ou da parte psicótica do paciente) no *self* do analista. Um trabalho que, de acordo com Masud Khan, requer “sensibilidade e capacidade contratransferenciais” (Winnicott, 1975/2023, p. 33) e, segundo Winnicott, “absorve uma grande quantidade de nossa capacidade de investimento psicoenergético” (Winnicott, 1964/2005, p. 80).

Em termos de formas de comunicação o analista deverá ser capaz de “tornar o *ego* do paciente acessível às interpretações transferenciais, quebrando a transferência delirante” (Little, 1957/2007, p. 110), ser uma presença viva e disponível, além de poder se comunicar, também, por meio do silêncio.

O analista precisará estar preparado para suportar tensões e ansiedades “de qualidade e dimensão inteiramente diferentes” (Winnicott, 1947/2021, p. 361). E, nesse aspecto, pode ser que o analista tenha que identificar e compreender, de uma forma objetiva, seu próprio ódio no ambiente analítico.

Ainda, o paciente poderá fazer uso das falhas do analista, que tem a mesma correspondência do fracasso de sustentação nos cuidados primários. Inclusive, tais falhas podem ser mesmo respostas do analista diante o impacto de aspectos psicóticos do paciente no seu *self* ao se ver diante um processo que transcorre “numa temperatura ambiente mais alta do que aquela em que o analista gostaria de trabalhar” (Winnicott, 1970/2005, p. 199).

Mas as falhas não podem ser excessivas e, tal como a mãe suficientemente boa, cujas falhas devem ser seguidas de cuidados, também o analista deve ter uma atitude profissional que leve “à construção de uma comunicação de amor, do fato de que ali existe um ser humano que se importa” (Winnicott, 1968b/2020, p. 114).

No capítulo 3 trouxemos formas de adoecimentos de pacientes que encontraram falhas no estágio da consideração. A estratégia clínica estaria às voltas com aquela que tratamos no

capítulo 2, um manejo diferenciado, acrescentando doses da estratégia clínica voltada para o atendimento dos psiconeuróticos, em que a interpretação é a principal conduta.

Para a condução dessa clínica o analista deve ser capaz de *sustentar uma situação no tempo*, sustentar a ansiedade e a esperança do paciente, pelo tempo que for, quantas vezes for necessário, para que este possa, enfim, “elaborar as consequências de suas experiências instintivas” (Winnicott, 1954b/2021, p. 438). Uma construção no sentido de o sujeito acreditar que sua agressividade e sentimento de ódio não irão destruir o objeto externo, no caso o analista. As interpretações nesse *setting* vêm no sentido de proporcionar um suporte adequado para o fortalecimento de *ego* do paciente.

Caberá ao analista sobreviver ao ódio, aos ataques do paciente – o que significa o mesmo que “não retaliar” (Winnicott, 1971/2019, p. 148) – para poder ser descoberto na externalidade e não mais como projeção de parte do *self* do paciente. Trata-se não só de sobreviver mas também expressar ao paciente a capacidade deste em ser construtivo.

Essa é uma adaptação, do analista, que implica o oferecimento de um *setting* onde o sujeito sinta confiança e constância e que se assemelha a “um espaço potencial que se transforma em uma infinita área de separação, que o bebê, a criança, o adolescente ou o adulto podem preencher criativamente com o brincar” (*Ibid.*, p. 174), propício para a expressão e elaboração de seus gestos espontâneos.

O analista, contratransferencialmente, além de desempenhar papéis no sentido de atender às necessidades do paciente deverá estar atento aos seus próprios sentimentos de ódio.

No quarto e último capítulo abordamos a categoria de clínica a que Winnicott se referiu como aquela em que preponderam questões inerentes aos sujeitos considerados neuróticos e os aspectos para os quais o analista merece voltar a sua atenção a fim de poder trabalhar impactos contratransferenciais.

Nesse *setting* conflitos e ansiedades não se referem tanto aos resultados de fracassos ambientais e sim a dificuldades pessoais, do próprio sujeito, pertencentes “essencialmente à vida e aos relacionamentos interpessoais” (Winnicott, 1961/2005, p. 54), a ansiedades da castração, contra as quais o sujeito organiza um padrão rígido de defesas.

A estratégia clínica consistiria em trazer à consciência o inconsciente reprimido, diminuir as forças de repressão e estabelecer a capacidade de tolerar as ambivalências nos relacionamentos interpessoais. Um trabalho que analista e paciente fazem de forma gradual, por meio, essencialmente, da interpretação do “amor e ódio tais como aparecem na neurose de transferência”, de uma recondução à infância a partir do que vem à tona na análise por meio da associação livre do paciente (Winnicott, 1963e/2022, p. 310).

Para esse capítulo não localizamos dentre o material pesquisado casos que atendessem a um só tempo os critérios para o nosso objetivo nesta dissertação, que seriam: casos relativos à categoria de clínica estudada em cada capítulo e que também trouxessem o conceito de contratransferência segundo Winnicott, o que, no caso desse capítulo, seriam casos referentes à clínica com psiconeuróticos que também descrevessem como aspectos neuróticos do próprio analista teriam impactado na sua atitude profissional e no curso do processo analítico determinado pelo paciente.

Não obstante, e ainda em consonância com nosso objetivo, coube-nos nos debruçar sobre a principal característica da clínica que estamos tratando: a *interpretação da ambivalência* e a *atitude profissional* do analista, sua *técnica* e *esforço mental consciente*, mantidos em análise para o melhor momento para uma interpretação.

Cabe ao analista, ao formular uma interpretação, estar disponível para aceitar correções. Só assim abrirá a possibilidade para prevalecer o princípio da realidade, de que está sujeito a não acertar. Do contrário o paciente ficará com a impressão que o analista compreende tudo.

Na clínica de Winnicott, o jogo, o brincar, é mais importante que o ato de fazer uma interpretação verbalmente. Abrir espaço para o brincar (seja o paciente criança ou adulto) é abrir espaço para que o paciente traga gestos espontâneos ao *setting*. Somente após, e no momento adequado, o analista comunica algo por meio da interpretação.

Importa que a interpretação esteja em relação direta com o material produzido na sessão pelo paciente e não com ideias e sentimentos pessoais do analista. Estes, apesar de permanecerem envolvidos no processo de análise, devem ser *examinados* e *filtrados* antes do analista decidir sobre o conteúdo de uma interpretação, se, como e quando exteriorizá-la.

O fator temporal, a extensão, o conteúdo e a forma como é feita a interpretação também são aspectos que o analista deve estar atento não se deixando levar por suas próprias necessidades.

Por fim, cabe ao analista tolerar suas próprias ideias e sentimentos ambivalentes, manter “seu julgamento de moral fora do relacionamento” (Winnicott, 1954/2021, p. 473), não ter desejo de se intrometer com detalhes da sua vida pessoal e com suas ideias próprias, ainda que não esteja alheio às coisas do mundo. Cabe a ele ser uma pessoa confiável, bem mais que as demais pessoas da vida cotidiana.

Do conteúdo da nossa pesquisa nos é passível entender que as maiores contribuições de Winnicott acerca do papel do analista se deram por conta das clínicas que lidam com os

estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional. De fato, um autor que trabalhou, observou e pensou com dedicação e afinco esses primeiros estágios da infância, de falhas relacionadas ao desenvolvimento na infância inicial em que a dependência com o ambiente é mais evidenciado.

Esperamos que os resultados desta pesquisa, além de trazerem ao leitor a teoria e a clínica winnicottiana sob a ótica da contratransferência, possam fornecer, de algum modo, elementos e reflexões para novos estudos sobre o tema.

Quando olho para trás, para os quase vinte anos de meu trabalho com Winnicott, o que me surge vividamente é seu aspecto físico relaxado e sua concentração luzidia. Winnicott prestava atenção com o corpo todo, e tinha um olhar perspicaz e não invasivo, que nos mirava com um misto de incredulidade e absoluta aceitação. Uma espontaneidade de criança impregnava seus movimentos. Mas ele podia também ficar muito quieto, inteiramente controlado e quieto. Jamais conheci outro analista que tenha se tornado tão inexoravelmente si mesmo. Era essa característica de ser inexoravelmente si mesmo que lhe permitiu ser tantas pessoas diferentes para tanta gente (Khan, 2021, p. 11).

## REFERÊNCIAS

- ABRAM, Jan. **The Language of Winnicott: A Dictionary of Winnicott's Use of Words**, 2<sup>nd</sup> Edition. Londo: Karnac Books, 2007.
- BARANGER, M., BARANGER, W. La situación abalítica como campo dinâmico. **Revista Uruguaya de psicoanálisis**, 4(1), 1961-1962, p. 3-54.
- BARANGER, W. “Proceso em espiral” y “Campo dinâmico”. **Revista Uruguaya de Psicoanálisis**, 59: 17-35, 1976.
- BOGOMOLETZ, Davi Litman. Nota Introdutória à Tradução, 1989, in WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990
- BRABANT; Eva; FALZEDER, Ernst; GIAMPIERI-DEUTSH, Patrizia. **The Correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi.**, Volume I, 1908-1914. Under the supervision of André Haynal. The Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts. London, England. 1993
- CINTRA, Elisa Maria de Ulhoa; NAFFAH NETO, Alfredo. **Paradoxo, noite e mistério: os labirintos da pesquisa psicanalítica**. In KUBLIKOWSKI, Ida. KAHHALE, Edna Maria Severina Peters. TOSTA, Rosa Maria. (orgs.). *Pesquisa em psicologia clínica: contexto e desafios*. São Paulo: EDUC, 2019. Recurso on-line: e-book
- DEUS, Ricardo Telles de. **Um estudo sobre a transferência em Winnicott no caso Piggle**. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia. Puc-Campinas, 2014. Orientador: Leopoldo Pereira Fulgêncio Junior
- DIAS, Elsa Oliveira. **Interpretação e manejo na clínica winnicottiana**. 2a ed. São Paulo: DWWeditorial, 2023
- DIAS, Elsa Oliveira. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 4a ed. São Paulo: DWWeditorial, 2017
- FERENCZI, Sándor. **A técnica psicanalítica**. In: FERENCZI, Sándor. *Obras Completas*. Psicanálise v. 2. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011 (trabalho original publicado em 1918)
- FERENCZI, Sándor. **Elasticidade da técnica psicanalítica**. In: FERENCZI, Sándor. *Obras Completas*. Psicanálise v. 4. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011 (trabalho original publicado em 1928)
- FERENCZI, Sándor. **Confusão de língua entre adultos e a criança**. In: FERENCZI, Sándor. *Obras Completas*. v. 2. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011 (trabalho original publicado em 1933)
- FIGUEIREDO, Luís Claudio Mendonça; COELHO JUNIOR, Nelson. **Ética e técnica em psicanálise**. 2<sup>a</sup> ed., São Paulo: Escuta, 2008

FIGUEIREDO, Luís Claudio Mendonça; COELHO JUNIOR, Nelson. **Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise**. São Paulo: Blucher, 2018

FIGUEIREDO, Luís Claudio Mendonça; MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 257-278, jun. 2006. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010358352006000100017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352006000100017&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 maio 2022.

FIGUEIREDO, Luís Claudio Mendonça; Resenha: Transferência e contratransferência, Autora: Marion Minerbo, Editora: Casa do Psicólogo, Coleção Clínica Psicanalítica, São Paulo, 2012, 298p., Revista Brasileira de Psicanálise. Volume 47, n. 3. 2013

FREUD, Sigmund. **As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XI). (Trabalho original publicado em 1910)

FREUD, Sigmund. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XII). (Trabalho original publicado em 1912)

FREUD, Sigmund. **Observações sobre o amor transferencial**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XII). (Trabalho original publicado em 1915)

FULGENCIO, Leopoldo. **Psicanálise do ser: a teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional como uma psicologia de base fenomenológica**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020

HEIMANN, P. On countertansference. **International Journal of Psychoanalysis**, 31, 81-84, 1950.

KHAN, M. Masud R., **Regressão e integração no setting analítico. Ensaio clínico sobre os aspectos transferenciais e contratransferenciais desse fenômeno**. In: *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1984. (Trabalho original publicado em 1960)

KHAN, M. Masud R., **Silêncio como comunicação**. In: *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1984. (Trabalho original publicado em 1963)

KHAN, M. Masud R., **Medo de ceder à dependência irremediável na situação analítica**. In: *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1984. (Trabalho original publicado em 1972)

KHAN, M. Masud R., **Descoberta e formação do self**. In: *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1984. (Trabalho original publicado em 1972)

KHAN, M. Masud R., **Introdução**. In: WINNICOTT, D. W. in: *Da Pediatria à Psicanálise*. São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1975)

LITTLE, Margaret. **A resposta total do analista às necessidades do seu paciente**. Revista Assoc. Psicanal. Porto Alegre, n. 32, p. 82-112, jan/jun 2007. apresentado no encontro científico da Sociedade Britânica de Psicanálise em 18 de janeiro de 1956. Publicado originalmente no *International Journal of Psychoanalysis*, edição de maio-agosto, de 1957. Tradução de Verônica Perez.

LOPARIC, Zeljko. Winnicott clínico. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1-26, 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302010000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000200008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 11 jan. 2024.

McDOUGALL, Joyce. **Teatros do Corpo**, 2013, 3ª ed., Editora WMF Martins Fontes.

MCGUIRE, William. **The Freud/Jung Letters – The correspondence between Sigmund Freud and C. G. Jung**, Edited by William McGuire, Translated by Ralph Manheim and R. F. C. Hull, 1974, Princeton University Press: New Jersey

MINERBO, Marion. **Transferência e contratransferência**. 2ª ed. – São Paulo: Blucher, 2020.

NAFFAH NETO, Alfredo. **O manejo na clínica winnicottiana das psicoses**. Reunião científica Lipsic – Laboratório de pesquisa em psicanálise contemporânea. **Youtube**, 2021. Disponível em: [https://www.youtube.com/live/JMoFsuOTd70?si=ydao4we7NDX5P\\_vK](https://www.youtube.com/live/JMoFsuOTd70?si=ydao4we7NDX5P_vK), acessado em 23 de outubro de 2023.

RACKER, H. La neuroses de contratransferência. (Trabajo presentado em la Asociación Psicoanalítica Argentina em setiembre de 1948). **International Journal os Psychoanalysis**, 34, 1953.

RACKER, H. “Los significados y usos de la contratransferência”. In: Racker. H. **Estudios sobre técnica psicoanalítica**. Buenos Aires: Paidós, 1977. (Trabalho original publicado em 1953)

SAFRA, Gilberto. **Revisitando Piggle: um caso de psicanálise segundo a demanda**. São Paulo: Edições Sobornost, 2005. (Coleção cursos de Gilberto Safra)

SAFRA, Gilberto. **Mohamed Masud Raza Khan: uma prática psicoanalítica a partir do ethos islâmico**. Revista Cult. Editora Bregantini. Outubro 2023, n. 298, Ano 26

TOSTA, Rosa Maria. **Os princípios das consultas terapêuticas como parâmetros para a clínica winnicottiana**. Rabisco R, Psican Porto Alegre v.2 n.1 p. 85-92 Maio 2012

TOSTA, Rosa Maria. **Analista-ambiente e analista-objeto como funções na clínica winnicottiana: teoria e ilustrações**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, 22(3), 540-559, set. 2019 <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2019v22n3p540.8>

TOSTA, Rosa Maria. **A presença psicossomática do analista**. Winnicott: seminários Mineiros: Ambiente e Holding, Sérgio Gomes (Org.), Rio de Janeiro: Editora, 2023.

TOSTA, Rosa Maria. **Cuidado psicoterapêutico como preocupação ética com o humano.** *Jornal de Psicanálise*, 56 (105), 153-0, 2023b.

TOSTA, Rosa Maria. **O fazer do pesquisador e a pesquisa psicanalítica.** In: KUBLIKOWSKI, Ida. KAHHALE, Edna Maria Severina Peters. TOSTA, Rosa Maria. (orgs.). *Pesquisa em psicologia clínica: contexto e desafios*. São Paulo: EDUC, 2019. Recurso on-line: e-book

WINNICOTT, Donald W. **Desenvolvimento emocional primitivo.** In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Trabalho original publicado em 1945)

WINNICOTT, Donald W. **Tratamento em regime residencial para crianças difíceis.** In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 2005 (Trabalho original publicado em 1947)

WINNICOTT, Donald W. **O ódio na contratransferência.** In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. São Paulo: Ubu Editora; 2021 (Trabalho original publicado em 1947)

WINNICOTT, Donald W. **A mente e sua relação com o psicossoma.** In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2021. (Trabalho original publicado em 1949)

WINNICOTT, Donald W. **A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional.** In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. São Paulo: Ubu Editora, 2021 (Trabalho original publicado em 1950)

WINNICOTT, Donald W. **Para W. Clifford M. Scott.** In: WINNICOTT, D. W. *Gesto Espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1ª ed, 1990. (Trabalho original publicado em 1954)

WINNICOTT, Donald W. **Para W. Betty Joseph.** In: WINNICOTT, D. W. *Gesto Espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1ª ed, 1990. (Trabalho original publicado em 1954)

WINNICOTT, Donald W. **Para Harry Guntrip.** In: WINNICOTT, D. W. *Gesto Espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1ª ed, 1990. (Trabalho original publicado em 1954)

WINNICOTT, Donald W. **Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico.** In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu Editora, 2021 (Trabalho original publicado em 1954)

WINNICOTT, Donald W. **Retraimento e regressão.** In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. São Paulo: Ubu Editora; 2021 (Trabalho original publicado em 1954a)

WINNICOTT, Donald W. **A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal.** In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. São Paulo: Ubu Editora; 2021 (Trabalho original publicado em 1954b)

WINNICOTT, Donald W. **Um caso tratado em casa.** In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Ubu Editora, 2021 (Trabalho original publicado em 1955)

WINNICOTT, Donald W. **A tendência antissocial.** In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise.* São Paulo: Ubu Editora, 2021 (Trabalho original publicado em 1956)

WINNICOTT, D. W. **Formas clínicas da transferência.** In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise.* São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1956a)

WINNICOTT, Donald W. **Preocupação materna primária.** In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise.* São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1956b)

WINNICOTT, Donald W. **Pediatria e neurose da infância.** In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise.* São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1956c)

WINNICOTT, Donald W. **A capacidade de ficar sozinho.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2022 (Trabalho original publicado em 1958)

WINNICOTT, Donald W. **Psicanálise e o sentimento de culpa.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora, 2022 (Trabalho original publicado em 1958b)

WINNICOTT, Donald W. **Análise da criança no período de latência.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora, 2022 (Trabalho original publicado em 1958c)

WINNICOTT, Donald W. **Os efeitos da psicose parental sobre o desenvolvimento emocional da criança.** In: WINNICOTT, D. W. *Família e desenvolvimento individual.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2023 (Trabalho original publicado em 1959)

WINNICOTT, Donald W. **Contratransferência.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2022 (Trabalho original publicado em 1960a)

WINNICOTT, Donald W. **A teoria do relacionamento pais-bebê.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional...* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2022 (Trabalho original publicado em 1960b)

WINNICOTT, Donald W. **Distorção do ego em termos de self verdadeiro e falso self.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2022 (Trabalho original publicado em 1960c)

WINNICOTT, Donald W. **Os efeitos das psicoses sobre a vida familiar.** In: WINNICOTT, D. W. *Família e desenvolvimento individual.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2023 (Trabalho original publicado em 1960)

WINNICOTT, Donald W. **Psiconeurose na infância.** In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas.* São Paulo: Artmed Editora, 2005 (Trabalho original publicado em 1961)

WINNICOTT, Donald W. **A integração do ego no desenvolvimento da criança.** In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho original publicado em 1962a)

WINNICOTT, Donald W. **A integração do ego no desenvolvimento da criança.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2022 (Trabalho original publicado em 1962b)

WINNICOTT, Donald W. **Os objetivos do tratamento psicanalítico.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2022 (Trabalho original publicado em 1962c)

WINNICOTT, Donald W. **O medo do colapso.** In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas.* São Paulo: Artmed Editora, 2005 (Trabalho original publicado em 1963a)

WINNICOTT, Donald W. **Duas notas sobre o uso do silêncio.** In: Winnicott, D. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicot,* Porto Alegre, RS: Artmed Editora, 2005 (Trabalho original publicado em 1963b)

WINNICOTT, Donald W. **Os doentes mentais nos casos clínicos dos assistentes sociais.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2022 (Trabalho original publicado em 1963a)

WINNICOTT, Donald W. **Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional...* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2022 (Trabalho original publicado em 1963b)

WINNICOTT, Donald W. **Dependência no cuidado do bebê, no cuidado da criança e no setting psicanalítico.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2022 (Trabalho original publicado em 1963c)

WINNICOTT, Donald W. **O desenvolvimento da capacidade para a consideração.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora; 2022 (Trabalho original publicado em 1963d)

WINNICOTT, Donald W. **Distúrbios psiquiátricos nos processos de amadurecimento infantil.** In: WINNICOTT, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador:*

*Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2022 (Trabalho original publicado em 1963e)

WINNICOTT, Donald W. **O desenvolvimento da capacidade de envolvimento.** In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência.* São Paulo: Martins Fontes, 2005 (Trabalho original publicado em 1963):

WINNICOTT, Donald W. **The Development of the capacity for concern.** In: WINNICOTT, D. W. *Deprivation and Delinquency.* London and New York: Routledge Classics, 2012 (Trabalho original publicado em 1963)

WINNICOTT, Donald W. **O valor da depressão.** In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2021 (Trabalho original publicado em 1963)

WINNICOTT, Donald W. **A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise.** In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas.* São Paulo: Artmed Editora, 2005 (Trabalho original publicado em 1964)

WINNICOTT, Donald W. **“Bob” aos 6 anos.** In: WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.* São Paulo: Ubu Editora, 2023. (Trabalho original publicado em 1965a)

WINNICOTT, Donald W. **Prefácio.** In: WINNICOTT, D. W. *Família e desenvolvimento individual.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2023 (Trabalho original publicado em 1965b)

WINNICOTT, Donald W. **A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise.** In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas.* São Paulo: Artmed Editora, 2005 (Trabalho original publicado em 1965)

WINNICOTT, Donald W. **O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família.** In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas.* São Paulo: Artmed Editora, 2005 (Trabalho original publicado em 1965b)

WINNICOTT, Donald W. **A interpretação na psicanálise.** In: WINNICOTT, D. W. *Explorações Psicanalíticas.* São Paulo: Artmed Editora, 2005 (Trabalho original publicado em 1968)

WINNICOTT, Donald W. **Amamentação como forma de comunicação.** In: WINNICOTT, D. W. *Bebês e suas mães.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2020 (Trabalho original publicado em 1968a)

WINNICOTT, Donald W. **A comunicação do bebê com a mãe e da mãe com o bebê, comparada e contrastada.** In: WINNICOTT, D. W. *Bebês e suas mães.* São Paulo: Ubu Editora; WMF Martins Fontes, 2020 (Trabalho original publicado em 1968b)

WINNICOTT, D. W. **Os muros de Berlim.** In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa.* São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1969)

WINNICOTT, Donald W. **A experiência mãe-bebê de mutualidade.** In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicot*, Porto Alegre, RS: Artmed Editora, 2005 (Trabalho original publicado em 1970)

WINNICOTT, Donald W. **Sobre as bases para o self no corpo.** In: WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1983 (Trabalho original publicado em 1970)

WINNICOTT, Donald W. **Cura: uma conversa com médicos.** In: WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa.* São Paulo: Ubu Editora, 2021. (Trabalho original publicado em 1970)

WINNICOTT, Donald W. **Introdução.** In: WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* Ubu Editora, 2023. (Trabalho original publicado em 1971)

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** São Paulo: Ubu Editora, 2019. (Trabalho original publicado em 1971)

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1990

WINNICOTT, D. W.  **Holding e Interpretação.** São Paulo: Martins Fontes, 2001

WINNICOTT, D. W. **The Piggle: relato do tratamento psicanalítico de uma menina.** Rio de Janeiro: Imago, 1979.