

A ÉTICA DO CUIDADO PSICANALÍTICO PARA D. W. WINNICOTT

Leopoldo Fulgencio

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCamp.
E-mail: ful@that.com.br

Resumo: Neste artigo, apresentamos alguns aspectos orientadores da prática psicoterápica psicanalítica, com base na compreensão que Winnicott tem da teoria do desenvolvimento afetivo e pessoal, buscando explicitar elementos que possam caracterizar uma ética do cuidado, cujo objetivo é fornecer condições de sustentabilidade ambiental e de comunicação para que o paciente possa conquistar a possibilidade de agir no mundo por si, sem demasiada adaptação e perda da espontaneidade, numa vida que considere real, sua, e que, portanto, valha a pena ser vivida, independente do sofrimento que possa estar a ela relacionado. Nesse sentido, procura-se explicitar a noção winnicottiana de saúde e a nosografia a ela associada, bem como as condições e as formas gerais dos cuidados ambientais psicoterápicos, diferenciando os diversos tipos de pacientes e as necessidades específicas de cuidado ambiental para cada um desses tipos. A ética do cuidado, aqui descrita, procura mostrar que a comunicação e a atividade do brincar – como expressão da própria espontaneidade e criatividade – correspondem a características essenciais orientadoras da prática e dos objetivos dos métodos de tratamento psicoterápico de base psicanalítica.

Palavras-chave: psicoterapia psicanalítica; ética; cuidado; ser; brincar.

Abstract: The purpose of this article is to show some guiding aspects of the psychoanalytic practice based on Winnicott's idea of the affective and personal development theory in order to explain elements which may characterize the ethics of care which aims to offer conditions of environmental and communication support. Consequently, the patient may have the possibility of acting in a world by himself without having to go through excessive adaptation and loss of spontaneity in a life which he sees as real, his own life, therefore, worth to be lived, regardless of the suffering which may be related to it. From this perspective, Winnicott's concept of health and the corresponding nosography are explained as well as the condition and the general forms of psychotherapy environmental care, distinguishing different types of patients and the specific needs of environmental care for each of these types. The ethics

of care described here shows that communication and the play activity - as expressions of one's own spontaneity and creativity - correspond to essential characteristics which guide the practice and goals of the psychotherapeutic treatment methods based on psychoanalysis.

Keywords: psychoanalytic psychotherapy; ethics; care; being; playing.

Pode-se afirmar que Winnicott (1968g/1975) reiterou a perspectiva freudiana que credita às determinações inconscientes a origem das patologias e seus sintomas (p. 193); e que, também centrado na questão da transferência, como fato que constitui o fundamento da prática psicanalítica, procurou estabelecer sua prática clínica incluindo a possibilidade de tratar pacientes psicóticos: “isto [realizar um tratamento] significa para mim me comunicar com o paciente da posição em que a *neurose (ou psicose) de transferência* me coloca” (WINNICOTT, 1965d/1983, p. 152)¹. No entanto, nem sempre ele pratica uma psicanálise padrão, considerando que, às vezes, é necessário fazer alguma outra coisa: “se o paciente não necessita de análise, então faço outra coisa” (p. 152). Para Winnicott, essa *outra coisa* corresponde a um tipo de trabalho psicoterápico não analítico, que ele também caracteriza como uma análise modificada, que é mais bem realizada por uma pessoa versada na prática psicanalítica clássica (WINNICOTT, 1965d/1983), ou seja, uma prática psicoterápica que, mesmo não sendo psicanálise, tem na psicanálise sua base de entendimento.

Esse *fazer outra coisa* não é fazer qualquer coisa. Cabe, então, esclarecer o que é que se faz quando não há condições para realizar uma *análise padrão*, oferecendo especificações mais objetivas sobre alguns tipos de *análises modificadas*. Ainda que existam diferenças significativas entre esses modos de realizar o tratamento psicoterápico, é possível indicar alguns elementos comuns, contribuindo, nesse sentido, para a formulação de uma *ética do cuidado psicoterápico*. Certamente, com a história de desenvolvimento da psicanálise, em especial com as obras de Klein, Lacan, Bion e Winnicott, teremos mudanças significativas nos objetivos e no método de tratamento psicanalítico. No entanto, não está em questão a análise de todas essas maneiras específicas de pensar a psicanálise, mas, sim, focado em Freud e em Winnicott, oferecer alguns parâmetros para entender alguns elementos fundamentais para a formulação de uma ética do cuidado na psicanálise e, talvez, nas psicoterapias em geral.

1 Aqui, cito Winnicott segundo a classificação feita por Knud Hjulmand (1999), considerando que a publicação de suas obras completas seguirá esse padrão de referência (cf. ABRAM, 2008; HJULMAND, 2007).

Seja qual for o tratamento psicoterápico que se considere, sempre haverá uma teoria do desenvolvimento que lhe serve de guia, estabelecendo critérios para a formulação dos seus problemas, sua gênese, e, ainda, os tipos de soluções a ser procuradas. Essa teoria de referência indica quais são os motores básicos do funcionamento psíquico e do processo de constituição da vida psicoafetiva, fornecendo uma noção dos objetivos a ser alcançados por um tratamento psicoterápico.

A teoria geral de Freud, do desenvolvimento da sexualidade, está construída sobre a análise das relações de objeto impulsionadas pela vida instintual, em termos dos tipos de objeto (autoerótico, narcísico, homossexual e heterossexual) ou das dinâmicas de relação com esses objetos (oral, anal, fálica ou genital infantil, e genital adulta). A teoria do desenvolvimento afetivo e pessoal de Winnicott, por sua vez, não é redutível à análise das relações de objetos – pensadas em termos da administração dos instintos nas relações interpessoais no quadro do cenário edípico (cf. ABRAM, 2008; DIAS, 2003; PHILLIPS, 1988/2007) –, mas inclui, como um horizonte para a compreensão do desenvolvimento pessoal, a relação entre o indivíduo e o ambiente em termos dos processos de integração do ego (cf. WINNICOTT, 1960c/1983), a ponto de Winnicott (1989vk/1994, p. 94) afirmar: “possuímos a única formulação realmente útil, que existe, da maneira pela qual o ser humano psicologicamente se desenvolve de um ser completamente dependente e imaturo para um estado maduro relativamente independente”.

A teoria winnicottiana do desenvolvimento afetivo tem na necessidade de ser e na tendência inata à integração – a qual Winnicott, às vezes, também denomina *ego*² –, seus princípios ontológicos, de modo que se pode considerar que o processo de amadurecimento, na saúde, corresponde a um conjunto de integrações cada vez mais complexas e nem sempre estáveis (WINNICOTT, 1963d/1983, p. 90). Para Winnicott, no início, o bebê é não integrado e, pouco a pouco, vai se integrando na direção da conquista da unidade em termos do EU SOU, que delimita o mundo externo do interno, até que, no desenvolvimento desse processo de integração, o indivíduo chega, num estado mais maduro, a se tornar e se sentir uma pessoa inteira que se relaciona

2 O termo ego em Winnicott (1965n) tem, ao menos, dois sentidos díspares, ainda que próximos. Num dos sentidos principais, o ego é o nome dado a uma tendência: “Pode-se usar o termo ego para descrever a parte em crescimento da personalidade humana que tende, sob condições favoráveis, a se integrar em uma unidade” (WINNICOTT, 1965n, p. 55). Noutro, o termo ego tem como referente a própria integração do indivíduo numa unidade, sendo o ego um “somatório de experiências” (cf., p. ex., WINNICOTT, 1958n, p. 405).

com os outros como pessoas inteiras. Nesse caminho da integração, cada vez mais complexo e nunca totalmente estável, temos tanto a mais simples das experiências, a experiência de ser (WINNICOTT, 1989vp/1994, p. 177), quanto a conquista de unidades mais complexas e estáveis, de modo que, na saúde, o indivíduo pode “*sentir-se livre e independente, tanto quanto contribua para a felicidade e para o sentimento de estar de posse de uma identidade pessoal*” (WINNICOTT, 1968g/1975, p. 188).

Aspectos gerais da noção de saúde para Winnicott

Há, em Winnicott, uma teoria da saúde, o que parece destoar do próprio princípio da construção da teoria psicanalítica, que parte do sintoma e das patologias. Paul-Laurent Assoun (2006, p. 67), ao referir-se a Winnicott muito mais como um antropólogo do que um psicanalista, afirma, comentando essa diferença da obra de Winnicott em relação à psicanálise tradicional: “um psicanalista parte do sintoma; nosso ‘antropólogo’ [Winnicott], assumindo o sentido deste termo, parte de alguma outra coisa, a ‘saúde’”. Tratemos, pois, de analisar o que é a saúde para Winnicott.

A caracterização da saúde, para Winnicott, é apresentada de diversas maneiras, sempre de modo mais descritivo do que metapsicológico³. Em primeiro lugar,

3 Cf. Fulgencio (2006) para uma análise da rejeição que Winnicott faz da teorização metapsicológica, especulativa, na psicanálise. Para Freud (1937c/1985, p. 241, n. 2), no entanto, a saúde só pode ser descrita metapsicológicamente: “a saúde, justamente, não se deixa descrever de outra maneira que metapsicológicamente, em referência às relações de força entre as instâncias do aparelho da alma que nós reconhecemos ou, se vocês quiserem, supomos, deduzimos”. Ele diz, então, sinteticamente, qual seria o objetivo do tratamento psicanalítico: “fortalecer o eu, torná-lo mais independente do supereu, aumentar seu campo de percepção e expandir sua organização, de maneira que ele possa se apropriar de uma parte do id” (FREUD, 1933a, p. 163). De maneira mais descritiva, pode-se dizer que o tratamento psicanalítico busca conquistar a *capacidade de agir e de ter prazer na vida*, em termos gerais, sem grandes restrições (FREUD, 1912c, p. 123) e, para isso, deve-se “suprimir as amnésias”, “fazer regredir os recalamentos”, “tornar o inconsciente acessível ao consciente, o que ocorre pela vitória sobre as resistências” (cf. FREUD, 1904a); ou, numa enunciação mais simples, a afirmação de que a psicanálise “torna a vida mais simples (...) ela fornece o fio que conduz a pessoa para fora do labirinto do seu inconsciente” (FREUD, 1957/1988). Isso não significa, no entanto, a eliminação da neurose e de todos os sintomas, mas tão somente a conquista de uma maior autonomia nas relações interpessoais do paciente (cf. FREUD, 1912b, p. 114). Considerando as transformações e progressos propostos por Melanie Klein, pode-se afirmar a que uma análise visa, em última instância: “[a]o objetivo último da psicanálise é a integração da personalidade do paciente. A conclusão de Freud de que ‘onde era id, ego será’ é um indicador dessa direção” (KLEIN, 1957/1991, p. 263). Em termos descritivos, isso corresponde, por um lado, à integração dos impulsos amorosos e destrutivos que caracterizam a posição depressiva, sempre focada na questão das relações de objeto marcadas pela instintualidade e o cenário edípico, e, por outro, critérios ideais para a saúde, tais como ter atingido a capacidade de: amar com potência instintual e heterossexualidade estabelecidas, estabelecer relações de objeto e trabalhar, e integração do ego, que opera em favor da estabilidade mental ligada a defesas adequadas (KLEIN, 1950/1991, p. 65-67). É apoiado nesse pano de fundo freudiano e kleiniano que Winnicott formulou suas propostas de desenvolvimento

considerando que Winnicott constrói sua teoria do desenvolvimento impulsionada pela *necessidade de ser e continuar sendo*, à saúde corresponderia à possibilidade de existir com base nessa necessidade: “a continuidade do ser significa saúde” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 148). Sua maneira de figurar a sustentação básica (do ambiente) para que o indivíduo possa ser corresponde ao desenho de uma bolha dentro de outra. Caso a bolha maior, o ambiente, não puxe nem empurre, o indivíduo, a bolha menor, poderá ser por si. Qualquer modificação que seja gerada mais pela pressão externa do que pelo impulso próprio “significa uma interrupção no ser, e o lugar do ser é substituído pela reação à intrusão” (ibid.).

No início, o ambiente (a mãe-ambiente) precisa adaptar-se às necessidades do bebê para garantir a sua possibilidade de ser e continuar sendo, sem quebrar a linha da vida (WINNICOTT, 1987a/1996, p. 79). Tudo aquilo que atrapalha e interrompe a continuidade de ser é causa de falta de saúde. Noutros termos, todo viver reativo corresponde a uma patologia do ser: “a alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila” (WINNICOTT, 1960c/1983, p. 47). *Ser*, aqui, tem um sentido muito específico, significa ser por si mesmo e não como algo que é projetado ou introjetado, puxado ou empurrado pelo ambiente.

Concomitante às primeiras integrações, há o processo de *personalização* ou do *alojamento da psique no corpo*, também como um dos fundamentos da saúde. No início, não há uma identidade inerente entre o corpo e a psique, mas, “gradualmente, a psique chega a um acordo com o corpo, de tal modo que na saúde existe eventualmente um estado no qual as fronteiras do corpo são também as fronteiras da psique” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 144). Em casos patológicos, pode ocorrer, dentre as diversas disfunções associadas à parceria psicossomática, de a mente – que é um ornamento da psique (WINNICOTT, 1954a/1978, p. 336) – tornar-se proeminente em relação à psique: “Na saúde, a mente não usurpa a função do ambiente”⁴.

da compreensão da noção de saúde na psicanálise (cf. Fulgencio, 2010). Fulgencio faz uma análise das principais redescrições que Winnicott fez de conceitos fundamentais da psicanálise, caracterizando tanto continuidades quanto rupturas em relação à psicanálise freudiana.

4 Nesses casos de patologia, a parceria psicossomática é perturbada em função de um ambiente caótico ou que falha consistentemente na sua não adaptação às necessidades de ser do indivíduo (no seu início). Nesse sentido, diz Winnicott (1954a/1978, p. 336): “podemos nos perguntar o que acontece quando as tensões exercidas sobre o funcionamento mental organizado defensivamente contra um ambiente inicial tantalizante aumentam mais e mais. Uma das consequências é o estado confusional, e (num grau máximo) a deficiência mental que não deriva de defeitos no tecido cerebral. Um resultado mais comum dos graus menos elevados de maternagem tantalizante nos estágios iniciais é que o funcionamento mental passa a existir por si mesmo, praticamente substituindo a mãe

Num momento mais tardio do processo de amadurecimento, tendo conquistado a unidade pessoal, ocorre também a integração dos instintos (que eram vividos inicialmente como externos ao indivíduo⁵) nessa unidade, fazendo com que a questão da administração da vida instintual nas relações interpessoais seja não só uma das tarefas da existência, como um dos parâmetros do grau de saúde do indivíduo. Chegando nesse tipo de integração ou maturidade, caberá, também na saúde, a capacidade de manter o *self* relativamente no controle da vida instintual: “é o eu (*self*) que tem de preceder o uso do instinto pelo eu (*self*); o cavaleiro deve dirigir o cavalo, e não se deixar levar” (WINNICOTT, 1967b/1975, p. 137). Não se trata, apenas, da questão relativa à administração dos instintos ou da sexualidade (WINNICOTT, 1971f/1999, p. 21), mas a algo mais amplo, a um processo de integração que coloca a necessidade de ser como primordial e como condição para o fazer (instintual).

O modo de ser que caracteriza a saúde corresponde muito mais a um estado de *riqueza da personalidade* do que ao de ausência de sintomas ou de sofrimento (cf. WINNICOTT, 1965vc/1983; 1971f/1999). Segundo Winnicott (1958m/1978, p. 420), a neurose⁶ pode ser considerada um sinônimo de saúde, como um modo de ser condizente com as dificuldades que o ser humano encontra nas suas relações interpessoais: “a neurose propriamente dita [*true neurosis*] não é necessariamente uma doença, e deveríamos pensar nela em primeiro lugar como um tributo ao fato de que a vida é difícil”. A neurose, enquanto uma doença, está associada muito mais à rigidez das defesas estabelecidas do que à própria natureza da organização psíquica: “dizemos que há saúde quando essas defesas não são rígidas, etc.” (WINNICOTT, 1967b/1975, p. 137).

boa e tornando-a desnecessária. Clinicamente, isto pode acontecer em concomitância com uma dependência da mãe real, e um falso crescimento pessoal com base na submissão. Trata-se de um estado de coisas extremamente desconfortável, principalmente porque a psique é ‘seduzida’ para transformar-se nessa mente, rompendo o relacionamento íntimo que anteriormente existia entre ela e o soma. Disto resulta uma psique-mente, um fenômeno patológico”.

5 Diz Winnicott (1965m, p. 129): “os instintos não estão ainda claramente definidos como internos ao lactente. Os instintos podem ser tão externos como o toar de um trovão ou uma pancada”.

6 A neurose, para Winnicott (1967b), é fruto da rigidez dos mecanismos de defesa do ego contra as angústias, que surgem das dificuldades que pessoas inteiras encontram na administração dos instintos nas relações interpessoais. Essas relações são marcadas pelo cenário edípico e pelos conflitos, que surgem da integração dos aspectos amorosos e destrutivos de si mesmo e dos outros com os quais a pessoa se relaciona.

O que faz com que a vida valha a pena ser vivida é justamente a possibilidade de agir por si mesmo, com base em uma individualidade que não é constituída reativamente ou, noutros termos, em uma ação que pode ser caracterizada como criativa ou espontânea:

A criatividade não se refere à criação da obra de arte. A criatividade designa o sentimento de existir, ela está ligada à vida de cada um, é uma criatividade pessoal, no sentido no qual se diz ter uma vida criativa ou criadora; ser criativo é sentir-se vivo. A criatividade dá uma coloração a toda atitude diante da realidade exterior; uma coloração de cores, e também de contrastes, uma diversidade. (GUYOMARD, 2009, p. 114)

Em oposição ao viver criativo, viver espontaneamente por si mesmo, que faz com que a vida valha a pena ser vivida, temos a submissão que aniquila o ser na sua possibilidade de agir por si mesmo, tornando a vida sem sentido, sem interesse ou mesmo fútil: “viver criativamente constitui um estado saudável (...) a submissão é uma base doentia para vida” (WINNICOTT, 1971g/1975, p. 75).

Outro aspecto da saúde é a possibilidade de *cuidar de si mesmo*, adquirida pela incorporação dos cuidados recebidos. Diz Winnicott (1988/1990, p. 137), comentando esse tipo de aquisição no processo que leva à saúde: “à medida que o *self* se constrói e o indivíduo se torna capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, e, portanto, de cuidar de si mesmo, a integração se torna um estado cada vez mais confiável”. Na saúde, o indivíduo não é ingênuo nem paranoide, ou seja, ele teve um ambiente suficientemente bom (seja no início, seja mais tardiamente) que possibilitou que sua integração não tenha sido vivida excessivamente como um ato de hostilidade em relação ao não eu nem ocorrido tendo no ambiente sua causa principal. O tipo de cuidado do ambiente suficientemente bom está entre esses dois extremos e é por isso que o cuidado ambiental pode ser incorporado como base para o cuidado de si mesmo: “a partir desta base, o indivíduo pode tornar-se capaz de substituir o cuidado recebido por um cuidar-de-si-mesmo, e pode desta forma alcançar uma grande independência, que não é possível nem no extremo paranoide nem no extremo ingênuo” (WINNICOTT, 1988/1990, p. 146).

O indivíduo integrado que pode cuidar de si mesmo também incluiria nesse cuidado a preocupação com os outros, com o ambiente em que vive e com os efeitos de seu viver (suas ações) em relação aos outros, integrando seus impulsos amorosos e destrutivos. É nesse sentido que Winnicott (1996f/1997) também caracteriza

a *capacidade de reparar danos* e de *sentir-se deprimido* como atributos da saúde. Na saúde, o indivíduo pode cuidar de si e do outro, pode sentir-se responsável pelo bom e pelo mal que podem advir de suas ações, sentir arrependimento pelo dano feito e alegria pelo bem alcançado. Ao identificar a depressão com a mais nobre das doenças humanas (WINNICOTT, 1996p/1997), Winnicott (1971g, p. 17) diz: “é verdade que a depressão, mesmo que terrível, tem que ser respeitada como evidência de integração pessoal”.

Esse *agir por si mesmo* corresponde tanto a um gesto espontâneo como a uma ação deliberadamente escolhida em função da situação e do ambiente. A ação espontânea corresponde a um tipo de ação que reitera a consistência (permanência) do si mesmo, que se mostra, então, com a marca da confiança em si. Por um lado, é uma ação não conscientemente orientada, mas, por outro, corresponde também a uma ação do indivíduo nessa direção; em alguns momentos, o indivíduo agirá espontaneamente ou naturalmente, “da mesma forma que um ator age naturalmente” (WINNICOTT e BRITTON, 1944 apud PHILLIPS, 1988/2007, p. 108).

Na saúde, o ser humano pode, então, adaptar-se ao mundo sem perda demasiada do senso de si mesmo e de sua espontaneidade (WINNICOTT, 1965s/2001), ou sem perda excessiva de seu impulso pessoal (WINNICOTT, 1986h/1999). A adaptação ao mundo corresponde tanto a poder colocar-se no lugar do outro como ter a capacidade de fazer o inverso, realizando aquilo que Winnicott (1986f/1999) caracterizou como a possibilidade de realizar *identificações cruzadas*; também pode identificar-se com grupos cada vez mais amplos (WINNICOTT, 1965q/2001; 1965r/1983), sendo que a vida, para ele, “é uma longa sequência de saídas de cercados, riscos e desafios novos e estimulantes” (WINNICOTT, 1965q/2001, p. 53). Ou seja, na saúde, temos um processo de *socialização*: “o adulto é capaz de satisfazer suas necessidades pessoais sem ser antissocial, e, na verdade, sem falhar em assumir alguma responsabilidade pela manutenção ou pela modificação da sociedade em que se encontra” (p. 80).

Referindo-se a modos de ser, em termos descritivos, Winnicott (1971f/1999, p. 30) diz qual é a sua concepção de uma pessoa saudável:

A vida de um indivíduo são se caracteriza mais por medos, sentimentos conflitantes, dúvidas, frustrações do que por seus aspectos positivos. O essencial é que o homem ou a mulher se sintam *vivendo sua própria vida*, responsabilizando-se por suas ações ou inações,

sentindo-se capazes de atribuírem a si o mérito de um sucesso ou a responsabilidade de um fracasso. Pode-se dizer, em suma, que o indivíduo saiu da dependência para entrar na independência ou autonomia.

A adaptação saudável à realidade congrega a área dos fenômenos subjetivos com a dos percebidos objetivamente, tanto as mantendo em separado como constituindo, também, uma terceira área da experiência, nem externa nem interna, a dos fenômenos e objetos transicionais (WINNICOTT, 1953c/1975). Essa área de conjugação corresponde também, para Winnicott (1971r/1975, p. 93), à área do brincar, em que o mundo é, ao mesmo tempo, criado e encontrado, constituindo o cerne da existência e da experiência humana: “é com base no brincar, que se constrói a totalidade da existência experiencial do homem”. A *capacidade de brincar* corresponde, pois, a um atributo que caracteriza a saúde, entendendo-se esse brincar como uma atividade criativa e expressiva em que o indivíduo compartilha o mundo com os outros, criando-o e encontrando-o. Na saúde, esse brincar se expressa na participação da vida em grupo e na riqueza da vida cultural. É justamente nesse lugar, em que compartilhamos o mundo interno e o mundo externo, nesse lugar intermediário entre esses dois mundos, que Winnicott reconhece estar o lugar em que vivemos (WINNICOTT, 1967b/1975, 1971q/1975) uma vida que vale a pena ser vivida.

Tipos de pacientes e de cuidados ambientais para o tratamento psicoterápico

Cada tipo de paciente corresponde a um tipo de transferência, de contato e de comunicação, constituindo díspares necessidades de cuidado ambiental. Disso também decorre que, para Winnicott, um diagnóstico inicial, que considere a situação do indivíduo e de seu meio, é necessário como um guia provisório para a prática psicoterápica. Ele serve para reconhecer o tipo de necessidade e possibilidade do paciente e de seu tratamento: “neste sentido, faço psicanálise quando o diagnóstico é de que este indivíduo, em seu ambiente, quer psicanálise. (...) em geral, análise é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la” (WINNICOTT, 1965d/1983, p. 154).

A realização de um diagnóstico depende da teoria sobre o desenvolvimento que se assume como referência para a formulação dos problemas e a procura de suas soluções clínicas. Cuidemos, pois, de apresentar a nosografia psicanalítica winnicottiana associada à sua noção de saúde.

Segundo Winnicott (1971f/1999), a saúde corresponde a um tipo de adequação entre a idade cronológica e o modo de funcionamento afetivo do indivíduo ou, noutros termos, equivale à maturidade de acordo com a idade do indivíduo. Nesse sentido, a doença corresponde a um tipo de imaturidade: “o distúrbio psicológico é imaturidade, imaturidade do crescimento emocional do indivíduo, e esse crescimento inclui a evolução da capacidade do indivíduo para relacionar-se com pessoas e com o meio ambiente, de um modo geral” (WINNICOTT, 1984i/1999, pp. 265-266).

As pessoas podem ser divididas, *grosso modo*, entre as que tiveram cuidados suficientemente bons no início e as que não tiveram, “aqueles que não têm consigo uma experiência significativa de colapso mental na primeiríssima infância e aqueles que a têm, e que, portanto, dela precisam fugir, flertar com ela, temê-la, e, até certo ponto, estar sempre preocupados com sua ameaça” (WINNICOTT, 1989vk/1994, p. 96). As que tiveram cuidados adequados amadureceram a ponto de ser neuróticas, enquanto que as outras não chegaram a esse tipo de integração de sua personalidade (WINNICOTT, 1989vk/1994).

Outra forma de classificação nosográfica diferencia as pessoas em termos de ter ou não atingido a integração como pessoa inteira. Winnicott (1955d/1978) fará a distinção entre três tipos de pessoas e suas integrações: a) os que são integrados numa personalidade que lhes possibilita viver a relação com os outros e consigo como pessoas inteiras – são, *grosso modo*, os neuróticos, ou seja, aquelas pessoas que, sendo inteiras, têm problemas de administração dos instintos nas relações interpessoais; b) os que são recém-chegados nessa situação de integração, sendo incluídos no quadro dos pacientes que têm problemas de humor – são os depressivos; e c) os que não alcançaram tal integração, têm problemas do tipo psicótico e não estabeleceram a diferença entre o dentro e o fora, onde a cisão prevalece como mecanismo de defesa ante as falhas ambientais; também é o caso dos pacientes que sofreram deprivações e produzem, como sintomas, atitudes antissociais – não constituem exatamente um quadro psicopatológico, mas exigem um tipo de cuidado ambiental específico.

A cada um desses pacientes corresponderá um tipo de cuidado ou atitude do psicoterapeuta. No caso dos neuróticos, caberá ao analista a interpretação do inconsciente reprimido. Com os depressivos, ele deverá sobreviver às ambiguidades e ataques do paciente. Em relação aos psicóticos, estes deverão ser efetivamente sustentados pelo analista. Já nos casos de deprivação e consequente sintoma de atitude antissocial, caberá ao ambiente reafirmar sua confiabilidade (cf. WINNICOTT, 1955d/1978;

1989vl/1994), sobrevivendo aos ataques que o paciente faz, não o abandonando, não desistindo dele, ainda que isso possa exigir a expressão de um ódio verdadeiro (cf. WINNICOTT, 1949f/1978).

Considerar que doença corresponde a uma imaturidade também implica afirmar que o tratamento tem por objetivo o amadurecimento, ou, noutros termos, eliminar o que impediu que o desenvolvimento afetivo e pessoal pudesse ocorrer:

(...) um distúrbio que não tem causa física e que, portanto, é psicológico representa um prurido no desenvolvimento emocional do indivíduo. A psicoterapia visa, simples e unicamente, a eliminar esse prurido, para que o desenvolvimento possa ter lugar onde antes não podia ocorrer. (WINNICOTT, 1958f/1978)

O brincar como fundamento da atividade psicoterapêutica

Trata-se, agora, de traçar as linhas gerais do que é o tratamento psicoterápico psicanalítico, seus objetivos e suas dinâmicas. Recolhendo as diversas maneiras como Winnicott caracterizou seu método de tratamento psicanalítico, podemos afirmar que: a) a psicanálise torna possível ao paciente tratar de sua histórica, ocupando-se de uma coisa de cada vez (WINNICOTT, 1958f/1978); b) o tratamento corresponde à realização de uma anamnese prolongada (WINNICOTT, 1989d/1994) ou a uma coleta de histórias (WINNICOTT, 1965h/1983; 1984i/1999), tendo a terapêutica como um subproduto (WINNICOTT, 1963g/1996); e, fundamentalmente, c) a terapia deve ocorrer na conjunção da área de brincar do analista e do paciente (WINNICOTT, 1971r/1975).

A atividade da brincadeira corresponde a algo muito mais amplo do que uma atividade expressiva do mundo interno, na qual a criança ou o paciente adulto projetariam suas fantasias inconscientes⁷. Segundo Winnicott (1968h/1975, p. 63), o brincar constitui a expressão universal da própria natureza humana: “*é a brincadeira que é universal* e que é própria da saúde; o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia”. E a psicanálise, no seu entender, enquanto ciência e ciência aplicada, nada mais seria do que uma forma altamente especializada do

7 Cf. em Fulgencio (2008) uma análise do brincar como modelo da prática clínica para Winnicott.

brincar (WINNICOTT, 1968h/1975). Sendo assim, é na atividade do brincar e na recuperação da possibilidade de realizar esse tipo de ação existencial que a saúde pode ser encontrada: “é no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o seu (*self*)” (WINNICOTT, 1971r/1975, p. 80).

Certamente, esse brincar não pode ser reduzido à atividade lúdica infantil nem mesmo à atividade lúdica do adulto, mas deve ser referido a todo tipo de atividade na qual o ser humano age por si mesmo, num gesto, comunicação ou pensamento que é impulsionado por sua criatividade originária. O brincar na vida adulta manifesta-se na maneira como o paciente se relaciona com suas ideias, seu trabalho, na sua relação com os outros, na sua maneira de falar e, mais especificamente, no seu próprio senso de humor (WINNICOTT, 1971r/1975). O brincar corresponde a um gesto espontâneo do si-mesmo; o oposto desse gesto é justamente a submissão ou invasão que aniquila o ser, obrigando-o à reação. Como diz Phillips (1988, p. 200): “Para Winnicott, o oposto do brincar não é o trabalhar, mas a coerção”.

Quando o paciente não pode brincar, cabe ao analista trabalhar para que essa capacidade seja estabelecida ou restabelecida; quando é o analisa que não pode ou não sabe brincar, então, simplesmente, ele não tem as condições básicas para ser um terapeuta (WINNICOTT, 1971r/1975). A psicoterapia não termina com a conquista da possibilidade de brincar, mas tem nela sua forma de comunicação e seu instrumento de pesquisa das determinações inconscientes que geram sintomas.

Objetivos e dinâmicas dos tratamentos psicoterápicos de base psicanalítica

Podemos, tomando como formulação modelar para pensar o trabalho psicoterápico a situação inicial mãe-bebê (a dinâmica que caracteriza a situação do bebê no colo da mãe)⁸, considerar que, tal como a mãe, cabe ao terapeuta dar condições ambientais que sustente o processo de amadurecimento do paciente: “a mãe [tal como o terapeuta] torna o fraco ego do bebê em um forte, porque está lá, reforçando tudo, como a suspensão hidráulica de um ônibus” (WINNICOTT, 1965vc/1983, p. 63). Ao pro-

8 Phillips (1988) considera que a relação inicial mãe-bebê, marcada pela comunicação não verbal, constitui um novo paradigma para o processo analítico (cf. PHILLIPS, 1988, p. 196); numa direção próxima, mas utilizando o terno paradigma na acepção técnica que Thomas Khun dá ao termo, Loparic (2001) também avalia que Winnicott forneceu um novo paradigma para a psicanálise, tendo como exemplar “o bebê-no-colo-da-mãe” (cf. LOPARIC, 2001, p. 39-44).

curar descrever de forma mais objetiva o que significa esse *sustentar*, podemos dizer que o terapeuta estabelece uma comunicação profunda com o paciente se adaptando às suas necessidades, que ele é confiável (previsível) e não decepciona o paciente (não retalia, não impõe seus sentidos e intenções, não usa o paciente para si), oferecendo uma relação humana viva e direta. Comparando a atividade terapêutica com o tipo de cuidado ambiental que a mãe fornece ao bebê, Winnicott (1965vc/1983, pp. 67-68) afirma:

Nós, como as mães, precisamos saber a importância: da *continuidade* do ambiente humano, e do mesmo modo, do ambiente não humano, que auxilia a integração da personalidade do indivíduo; da *confiança*, que torna o comportamento da mãe previsível; da *adaptação gradativa* às necessidades cambiantes em expansão da criança, cujo processo de crescimento a impele no sentido da independência e da aventura; da *provisão para concretizar o impulso criativo da criança*. (...). Isto se relaciona com a provisão que fazemos ao nos defrontarmos com crises – o que é diferente de prover psicanálise, que é outra coisa bem diferente.

Pode-se, buscando detalhar que tipo de atitude ou que qualidades devem estar presentes no *setting* e na pessoa do analista ou psicoterapeuta, seguir algumas indicações de Winnicott ao caracterizar que tipo de relação humana está em jogo nos processos psicoterapêuticos. A primeira delas, considerando a importância da noção de dependência, corresponde à *necessidade de ser confiável*. Confiabilidade, aqui, tem um sentido específico de ser verdadeiro e previsível; não previsível na totalidade do que se faz, mas previsível ao ser verdadeiramente presente, preocupar-se e agir em função do cuidado e da comunicação com o paciente (WINNICOTT, 1986f/1999). Parece que todo o contexto analítico é criado para que as experiências de *confiabilidade e dependência* possam ser vividas: “a psicanálise não se resume a interpretar o inconsciente reprimido; é, antes, o fornecimento de um contexto profissional para a confiança, no qual este trabalho pode ocorrer” (WINNICOTT, 1986f/1999, p. 108). Essa confiabilidade corresponde a um tipo de relação humana, pessoal, jamais mecânica (WINNICOTT, 1986f/1999); é mais rigorosa, mais estável, do que a que encontramos na vida cotidiana. Sendo confiáveis, isto é, previsíveis, protegemos nossos pacientes do imprevisto, pois muitos deles “sofrem precisamente disso; ficaram sujeitos ao imprevisto como parte do seu padrão de vida” (p. 111).

A confiabilidade ambiental também leva à possibilidade de o paciente fazer um tipo específico de regressão, a *regressão à dependência* em relação ao analista. Não se trata da regressão à qual Freud se referiu quando falava dos modos de relação com

objetos em termos de zonas erógenas (WINNICOTT, 1955e/2000), mas da regressão à dependência na relação inter-humana com o analista, como um acontecimento que é inerente ao processo psicoterápico psicanalítico (WINNICOTT, 1984i/1999). Ela visa à retomada da situação ambiental traumática para que, dessa vez, o paciente possa agir por si mesmo sem ser aniquilado e, ao fazer isso, encontrar a si mesmo. Busca-se uma situação na qual o ambiente se adapta de tal modo às necessidades do paciente que, do ponto de vista do observador, algo está sendo oferecido para o paciente, mas, do ponto de vista do paciente, é ele que cria aquilo que encontra; tal como a situação inicial da mãe com seu bebê:

A regressão de um paciente organiza-se como um retorno à dependência inicial ou dupla dependência. O paciente e o contexto amalgamam-se para criar a situação bem-sucedida original do narcisismo primário. O progresso a partir do narcisismo primário tem novo início, com o eu verdadeiro agora capaz de enfrentar as falhas do ambiente sem a organização das defesas que impliquem num eu falso protegendo o verdadeiro. (WINNICOTT, 1955d/1978, p. 384)

Winnicott (cf. 1989d/1994), ao caracterizar a noção de trauma como aquilo que interrompe a continuidade de ser, também se refere a um tipo de defesa no qual o paciente (impossibilitado de lidar com os acontecimentos traumáticos sem ser aniquilado) *congela* a situação traumática (cf. WINNICOTT, 1974/1994; 1989vI/1994), esperando que, no futuro, ela possa ser retomada, quando, então, estiver em condições (pessoais e ambientais) mais adequadas para, descongelando a situação, poder *agir* em relação a ela sem ser aniquilado, incluindo, então, esses acontecimentos passados no campo de sua área de controle.

A relação terapêutica é uma *relação humana simplificada*, com todos os seus ricos e complicados matizes humanos: ela é marcada tanto pela diferença quanto pela igualdade; pede a mais profunda honestidade, nos exigindo que não nos acovardemos perante a verdade que encontramos e que corresponde à realidade do paciente; é uma relação que, focada, agora, no analista ou terapeuta, também deve reconhecer que o analista também precisa do paciente, mas que este não pode usar esse paciente para si mesmo a não ser para ser analista (WINNICOTT, 1986f/1999).

O que é preciso fazer?

Opondo-se à pergunta “quanto se deve fazer?” numa análise, Winnicott (1965d/1983, p. 152) estabeleceu, na sua maturidade, outro lema: “quão pouco é necessário ser feito?”. Mas, o que significa, exatamente, esse lema? Num determinado sentido, trata-se de esperar que o paciente faça suas próprias descobertas, mas isso não significa não fazer nada; ao contrário, há que se criar as condições para que o paciente possa chegar, ele mesmo, às suas soluções: “se pudermos esperar, o paciente chegará à compreensão criativamente, e com imensa alegria” (WINNICOTT, 1969i/1994, pp. 121-122).

Não se trata, no sentido estrito da expressão, apenas de revelar o inconsciente reprimido, de entender mentalmente a história e a própria condição existencial do paciente, mas de restituir as condições para que o paciente volte a ter autonomia para enfrentar seus problemas e para viver sua vida por si mesmo, ainda que seja uma vida sofrida, mas sem falsas existências (falso *self*) e sem falsas soluções (uma solução falsa é aquela que não foi encontrada pelo próprio paciente). O tratamento psicoterápico visa a criar as condições ambientais e de comunicação para que o paciente possa amadurecer: “num contexto profissional, dado o comportamento profissional apropriado, pode ser que o doente encontre uma solução pessoal para problemas complexos da vida emocional e das relações interpessoais; o que fizemos não foi aplicar um tratamento, mas facilitar o crescimento” (WINNICOTT, 1986f/1999, pp. 113-114). É justamente nesse sentido que Phillips (1988/2007, p. 132) comenta: “o *setting* analítico oferece o meio para o crescimento que estava ausente para o paciente no início”. É também nesse aspecto que *tratar* significa, para Winnicott (1986f/1999), *cuidar*, que é sinônimo, por sua vez, de *segurar*, caracterizando, assim, o que seria uma *ética do cuidado*, seja na realização de uma *análise padrão* ou de uma *modificada*.

Aonde quer chegar uma psicoterapia? Winnicott (1984i/1999, p. 271) responde: “a finalidade de toda e qualquer terapia é chegar a um ponto em que a relação profissional termina porque a vida e a existência do paciente assumem o controle e o terapeuta passa a tratar do caso seguinte”. Em termos gerais, o final de uma análise padrão corresponde à conquista, pelo paciente, de sua potência instintual e de sua capacidade de amar e trabalhar, da possibilidade de estabelecer relações de objeto nas quais se conjugam seus aspectos amorosos e destrutivos, constituindo um lugar existencial para si no qual possa contribuir e partilhar a vida social e cultural, passando

a ter uma identidade relativamente estável. Para Winnicott, trata-se de, por meio dos cuidados ambientais de acordo com as necessidades do paciente, dar condições para que o paciente amadureça a ponto de cuidar de si mesmo e do lugar (ambiente) em que possa viver, com a capacidade de: sentir-se responsável pelos sucessos e fracassos de sua vida; poder reparar (sabendo, no entanto, que há situações em que não há reparação possível, e o dano feito deve ser reconhecido como fruto da ação pessoal); poder deprimir; sentir-se real; sentir-se espontâneo; adaptar-se sem perda demasiada da espontaneidade.

Ao final de um tratamento bem-sucedido, o paciente conquista, por si mesmo, sua possibilidade de autonomia e independência relativa. Não há dívida, nem mesmo, propriamente, gratidão: “muita gratidão, com certeza a gratidão exagerada, é uma questão de apaziguamento: há forças de vingança latentes, e é melhor que elas sejam aplicadas” (WINNICOTT, 1986f/1999, p. 112). Numa formulação propriamente winnicottiana, o fim de uma análise tem uma conotação análoga ao destino do objeto transicional: “o objeto transicional tende a ser relegado ao limbo das coisas semiesquecidas no fundo das gavetas da cômoda ou na parte de trás do armário de brinquedos” (WINNICOTT, 1989i, p. 46). Ao final do processo analítico, o analista deve ter sido incorporado, tal como um alimento, e, certa e necessariamente, digerido pelo paciente, a ponto de poder desaparecer: “ao final de ramificações intermináveis em termos de fantasia hipocondríaca e delírios persecutórios, o paciente tem um sonho que expressa: Devoro-te. Eis aqui uma simplicidade marcante, como aquela do complexo de Édipo” (WINNICOTT, 1965d/1983, p. 153).

Análise padrão

De modo geral, Winnicott considera que um tratamento psicoterápico tem três grandes fases, todas pensadas no desenvolvimento que leva o paciente à autonomia e à possibilidade de ser por si mesmo: 1) inicialmente, o analista se adéqua às necessidades do paciente, colocando-se como um ambiente que sustenta o ego do dele, tornando-o forte; noutros termos, garantimos que o paciente se sinta visto e compreendido, que seu gesto encontre aquilo a que se dirige, sem que isso signifique realizar os desejos do paciente; 2) em seguida, com a confiança em si mesmo restabelecida, com a retomada da conquista de um lugar no qual o paciente pode ser por si mesmo, ou seja, agir, de modo que ele, com a confiança no processo analítico e em si mesmo

estabelecida, começa a realizar todo tipo de experimentação em relação à independência de seu ego; 3) e, por fim, sendo bem-sucedido em suas experiências, ou seja, não tendo sido aniquilado na sua espontaneidade, o paciente “começa a se revelar e afirmar suas características individuais, começando a ver como natural o sentimento de existir por si mesmo” (WINNICOTT, 1986f/1999, p. 110).

O objetivo a ser alcançado corresponde à integração, pelo paciente, do conjunto de suas experiências, incluindo-as dentro de sua área de *controle*, ou seja, dentro de uma área na qual ele sinta e viva as situações com o poder de agir (no sentido oposto ao de reagir) sobre elas, não sendo, pois, aniquilado pela experiência ou pelo outro (WINNICOTT, 1986f/1999); trata-se de levar o paciente à compreensão da “posição depressiva, bem como da dinâmica dos relacionamentos interpessoais, tanto quanto o anseio por alcançar a independência a partir da dependência” (WINNICOTT, 1958f/1978, p. 276). Esse objetivo, numa *análise padrão*, é perseguido por meio da verbalização daquilo que o paciente traz no dia, visando à conscientização dos processos transferenciais (WINNICOTT, 1965d/1983).

Análise modificada

A questão de saber quando é possível fazer uma análise padrão e quando isso não é possível, nem aconselhável, não pode ser resolvida apenas pelo diagnóstico, reservando o método psicanalítico clássico para os neuróticos e aconselhando outro tipo de cuidado aos outros pacientes (ainda que esse não seja um parâmetro totalmente estranho). A decisão sobre a opção de fazer análise padrão ou modificada tem parâmetros mais sutis que podem contribuir para decidir o que é possível ser feito. Ao indicar uma série de situações que apontam a necessidade de uma análise modificada, Winnicott (1965d/1983) afirma que ela é necessária quando: 1) encontramos pacientes que têm uma integração do ego muito frágil ou instável, sujeitos constantemente à desintegração e um medo da loucura sempre presente; 2) o paciente está sujeitado à dependência de figuras paternas ou maternas muito doentes, ou seja, a ambientes que não podem sustentá-lo em suas necessidades de ser, acabando por exigir que ele cuide ou se defenda dessas figuras (do ambiente) adoecidas; 3) em função das falhas ou invasões ambientais, o paciente precisou, como forma de defesa de si mesmo, criar um falso si-mesmo, cuja função é lidar com o ambiente protegendo o verdadeiro *self* ou, na descrição de Winnicott (1965d/1983, p. 152), “quando um falso *self* se

torna bem-sucedido e a fachada de sucesso, mesmo brilhante, tem de ser demolida em alguma fase para a análise ter êxito”; 4) o paciente sofreu uma privação e tem, como sintoma, uma atitude antissocial (agressão, roubo), cujo significado é um grito de esperança dirigido ao ambiente para que este restitua a confiabilidade ambiental que lhe era de direito.

Nos primeiros três casos citados, caberá ao analista fornecer uma *sustentação ambiental confiável* que possibilite ao paciente viver um tipo de dependência (análoga à que o bebê vive no início do processo de desenvolvimento num ambiente suficientemente bom), abrindo mão de suas defesas (seja o sintoma psicótico seja a destruição do falso *self*) para que o amadurecimento ocorra com a integração do verdadeiro *self* e a possibilidade deste ser o agente da própria vida. No quarto caso, trata-se de o ambiente corrigir uma falha, *restituindo a confiabilidade ambiental*, o que não é propriamente psicanálise, mas o fornecimento de um ambiente suficientemente bom, “no qual ela [o paciente] pode vir a experimentar novamente os impulsos do id [impulsos dos instintos], e que pode ser por ela testado. É a estabilidade do novo ambiente que realiza a terapia” (WINNICOTT, 1958c/2000, p. 416).

Ao encerrar esse trabalho psicoterápico que visa a levar o paciente à conquista da sua unidade pessoal enquanto pessoa inteira, uma vez alcançado esse tipo de integração, o paciente tem que se haver, então, com as dificuldades decorrentes das complicações que advêm da administração da vida instintual nas relações interpessoais, o que pode levar à possibilidade (ou necessidade) da realização de uma análise padrão:

Ao recuperar-se da regressão, o paciente, com o eu agora entregue aos cuidados do ego de um modo mais completo, precisará de análise normal conforme a que se destina a lidar com a posição depressiva e o complexo de Édipo nos relacionamentos interpessoais. (WINNICOTT, 1955d/1978, p. 392)

Também nesse quadro em que a terapêutica está associada ao fornecimento de provisão ambiental, Winnicott (1965s/2001) refere-se às *psicoterapias de grupo* de base psicanalítica. Ele comenta esse tipo de prática, associando-a ao tratamento de crianças (desajustadas) que foram privadas e precisam de sustentação ambiental para que possam se recuperar desse tipo de trauma. Ele afirma, então, o que considera ser a natureza e o objetivo desse tipo de psicoterapia: “a base da psicologia de grupo é a psicologia do indivíduo e, especialmente, da integração pessoal do indivíduo” (p. 215). Winnicott considera que a função da terapêutica em grupo é proporcionar

as condições para que ocorra a integração que leva ao EU SOU e, depois, a outras formas mais amplas de integração, bem como aos processos de identificação grupal, “o indivíduo saudável gradualmente se torna capaz de identificar-se com grupos cada vez mais amplos” (p. 216). Para ele, o bebê parte de uma situação não integrada e, com os cuidados ambientais necessários, integra-se ao denominado primeiro grupo:

O bebê recém-integrado está, pois, no primeiro grupo. Antes desse estágio existe apenas uma formação primitiva pré-grupo, em que os elementos não integrados são aglutinados por um ambiente do qual ainda não estão diferenciados. Esse ambiente é a mãe sustentadora. (WINNICOTT, 1965s/2001, p. 219)

Assim, ele se refere aos grupos em função dos tipos de indivíduos que os compõem: os que chegaram à unidade individual e os que chegaram ou o fizeram recente ou parcialmente. Na terapêutica de grupo, a busca pela integração e pela expansão dos processos de identificação depende, para ele, basicamente, de dois polos: os indivíduos que compõem o grupo pelos seus graus de integração (*unidades individuais*), concebendo o grupo como um conjunto de *unidades sobrepostas* e, por outro lado, a situação de grupo como ambiente (ao que se refere como uma *cobertura materna*), que fornece as condições para que as integrações e identificações possam ocorrer (ser produzidas e desenvolvidas) nos seus diversos graus e qualidades (WINNICOTT, 1965s/2001)⁹. A psicoterapia de grupo de base psicanalítica, com base na teoria winnicottiana, é um campo que não foi, ainda, desenvolvido, mas poderia tomar essa indicação como ponto de partida, considerando as funções de um ambiente suficientemente bom pensado em termos da teoria do desenvolvimento afetivo e pessoal¹⁰.

Ao se referir à terapia ocupacional e à arteterapia, Winnicott (1949o/1994) ressalta o perigo de tomar tais atividades como modo de “ocupar” o paciente, separando-o dele mesmo. De acordo com ele, a atividade terapêutica que pode ser realizada (por

9 Convém observar que não é possível tomar o grupo como um objeto transicional, da mesma maneira que um analista não pode se oferecer como objeto transicional, dado que este jamais é dado, mas sempre criado espontaneamente pelo indivíduo e, nesse mesmo momento, encontrado. O máximo que o terapeuta e, por conseguinte, o grupo pode oferecer é um conjunto de experiências reais marcadas pela comunicação e adaptação às necessidades (de ser) dos pacientes.

10 Isso certamente levaria ao diálogo com a posição dos psicanalistas que desenvolveram a psicanálise de grupos (Bleger, Pixon, Langer, Anzieu e, especialmente na atualidade, Kaës), o que exigiria discutir como esses autores concebem o processo de desenvolvimento afetivo e pessoal, cotejando com a posição de Winnicott. Uma pesquisa desse tipo está sendo feita por Terzis e Fulgencio no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCCampinas.

um terapeuta ocupacional, músico, artista, etc.) corresponde a uma maneira de capacitar o paciente, com esses instrumentos que lhe são familiares, a “criar uma ponte entre o inconsciente e o viver comum consciente” (p. 423), possibilitando a ele que essas atividades possam levá-lo a descobrirem a si mesmo e a crescer, ou seja, amadurecer no sentido da saúde aqui comentada.

Além dos tratamentos que exigem uma abordagem psicoterápica díspar do contexto analítico de uma análise padrão, em função da maturidade ou imaturidade do *self* e do tipo de falha ambiental que deve ser revisitada, temos outras modalidades de psicoterapia que atendem a outros contextos e objetivos, tais como, por exemplo, a *análise sob demanda* e as *consultas terapêuticas*. Essas possibilidades, *stricto sensu*, correspondem a atividades psicoterapêuticas aplicáveis aos casos em que há uma saúde relativa do paciente e de seu ambiente, sendo possível contar com os cuidados do ambiente para dar continuidade ou sustentação às orientações e intervenções psicoterapêuticas específicas realizadas. Em outro contexto, considerando pacientes mais graves, temos todo o quadro das psicoses, para os quais o *setting* terapêutico deverá efetivamente *segurar* o paciente, refazendo um ambiente suficientemente bom, para que o amadurecimento possa ocorrer. Caberia, ainda, incluir nesse quadro todo o campo das depressões, em que os problemas de manejo, com a necessidade de sobrevivência do analista às ações do paciente, correspondem a modificações significativas no *setting* terapêutico, fazendo-nos considerar que estamos num campo limite entre uma prática psicanalítica padrão e a modificada. Farei, a seguir, apenas alguns comentários sobre os dois primeiros tipos de análise modificada.

A *análise sob demanda*, exemplificada por Winnicott no caso Piggie, corresponde a um contexto de atendimento no qual a paciente foi atendida quando solicitava, esporadicamente, consultas ao analista. Nesse tipo de análise o paciente é atendido em suas necessidades pontuais e, mesmo no caso de crianças (como é o caso Piggie), a família pode ser orientada a tratar dos sintomas da criança em função do entendimento que o analista pode fornecer sobre as dinâmicas psicoafetivas, individuais e familiares em jogo. Supõe-se, pois, que há um ambiente relativamente saudável que pode cuidar da criança ou do paciente.

As *consultas terapêuticas* correspondem a um conjunto de entrevistas (de 1 a 5 ou 6 sessões, no máximo) na qual, com ou sem a ajuda de atividades expressivas (em especial, o jogo do rabisco), o analista pode, no estabelecimento de uma comunicação profunda com o paciente, reconhecer e especificar o foco central de seu problema.

Com esse tipo de diagnóstico, o paciente pode ser reenviado a seu ambiente (nos casos clássicos descritos por Winnicott, a criança é reenviada para sua família) para que esse ambiente, avaliado como relativamente saudável, possa cuidar da criança, ou seja, atender à resolução de seu conflito ou problema básico esclarecido pela consulta (cf. WINNICOTT, 1971b/1984, Introdução).

Ao conjunto de atividades psicoterápicas corresponde uma ética do cuidado construída tanto pela noção de saúde que Winnicott tem em mente – com a questão do ser, da continuidade de ser, da criatividade e da espontaneidade, da dependência e da independência, da sustentação ou invasão do ambiente, do brincar e da submissão, etc. – quanto pela consideração das determinações inconscientes que estão na base dos modos de ser, patológicos ou não. Se, para Winnicott, há uma identidade entre tratar, cuidar e segurar, essas devem estar sempre referidas à possibilidade de ser espontâneo, habitando um lugar no mundo onde o brincar (ser ele mesmo consigo e com os outros) esteja presente.

Talvez essas indicações descritivas do cuidado psicoterápico possam contribuir para a elaboração de uma formulação mais geral do que seria possível caracterizar como uma ética do cuidado inter-humano.

Referências

- ABRAM, J. Donald Woods Winnicott (1896-1971): a brief introduction. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 89, n. 6, p. 1189-1217, Dec. 2008.
- ASSOUN, P.-L. Le symptôme humain: Winnicott a-métapsychologue. In: CYSSAU, C. et al. (Org.). *La nature humaine à l'épreuve de Winnicott*. Paris: PUF, 2006. p. 61-78.
- DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- FREUD, S. (1904a). La méthode psychanalytique de Freud. In: *Oeuvres complètes*. Paris: PUF, 1998. v. 6.
- _____. (1912b). Sur la dynamique du transfert. In: *Oeuvres complètes*. Paris: PUF, 1998. v. 11.
- _____. (1912c). Des types d'entrée dans la maladie névrotique. In: *Oeuvres complètes*. Paris: PUF, 1998. v. 11.
- _____. (1933a). Nouvelles suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. In: *Oeuvres complètes*. Paris: PUF, 1998. v. 19.
- _____. (1937c). L'analyse avec fin et l'analyse sans fin. In: *Résultats, idées, problèmes*. Paris: PUF, 1985. v. 2.
- _____. (1957). O valor da vida: uma entrevista rara de Freud. Entrevista concedida a George Sylvester Viereck. *IDE*, São Paulo, v. 15, p. 54-58, 1988.

- FULGENCIO, L. Winnicott e uma psicanálise sem metapsicologia. *Natureza Humana: Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise*, São Paulo, v. 8, p. 401-420, 2006. Edição especial.
- FULGENCIO, L. O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 124-136, 2008.
- _____. Aspectos gerais da redescoberta winnicottiana dos conceitos fundamentais da psicanálise freudiana. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 99-125, 2010.
- GUYOMARD, P. Désir et créativité. *Les Lettres de la Société de Psychanalyse Freudienne*, Paris, v. 21, p. 113-122, 2009. Edição especial.
- HJULMAND, K. Lista completa das publicações de D. W. Winnicott. *Natureza Humana: Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 459-517, 1999.
- _____. D. W. Winnicott: bibliography – chronological and alphabetical lists. In: ABRAM, J. *The language of Winnicott: a dictionary of Winnicott's use of words*. 2. ed. London: Karnac, 2007. p. 363-435.
- KLEIN, M. (1950). Sobre os critérios para o término de uma psicanálise. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- _____. (1957). Inveja e gratidão. In: *Inveja e gratidão e outros ensaios (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- LOPARIC, Z. Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, Campinas, v.11, n. 2, p. 7-58, 2001.
- PHILLIPS, A. (1988). *Winnicott*. São Paulo: Ideias & Letras, 2007.
- WINNICOTI, D. W. (1949f). O ódio na contratransferência. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- _____. (1949o). Terapia ocupacional. Resenha do livro de Adrian Hill, *Art versus illness*. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____. (1953c). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. (1954a). A mente e sua relação com o psique-soma. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alvez, 1978.
- _____. (1955d). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- _____. (1955e). Retraimento e regressão. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1958c). A tendência antissocial. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____. (1958f). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- _____. (1958m). Pediatria e neurose na infância. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- _____. (1958n). A preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

- WINNICOTT, D. W. (1960c). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____. (1963d). Moral e educação. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____. (1963g). Treinamento para psiquiatria de crianças. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- _____. (1965d). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____. (1965h). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____. (1965m). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____. (1965n). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- _____. (1965q). A criança de 5 anos. In: *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. (1965r). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____. (1965s). Influências de grupo e a crianças desajustada. In: *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. (1965vc). Provisão para a criança na saúde e na crise. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____. (1967b). A localização da experiência cultural. In: *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. (1968g). Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas. In: *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. (1968h). O brincar: uma exposição teórica. In: *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. (1969i). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- _____. (1971b). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Trad. J. M. X. Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- _____. (1971f). O conceito de indivíduo saudável. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. (1971g). A criatividade e suas origens. In: *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. (1971q). O lugar em que vivemos. In: *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. (1971r). O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (*self*). In: *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

- WINNICOTI, D. W. (1974). O medo do colapso. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- _____ (1984i). Variedades de psicoterapia. In: *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1986f). A cura. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1986h). Vivendo de modo criativo. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ (1987a). *Os bebês e suas mães*. Trad. J. L. Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- _____ (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____ (1989d). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1989i). O destino do objeto transicional. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1989vk). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1989vl). Psicose na infância. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1989vp). Material clínico. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____ (1996f). Psiquiatria infantil, serviço social e atendimento alternativo. In: *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- _____ (1996p). A professora, os pais e o médico. In: *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- WINNICOTT, D. W. e BRITTON, C. The problem of homeless children. In: *Children's communities*. London: [s.n], 1944 (New Education Fellowship Monograph, n. 1).

Recebido em 8/12/2010; Aprovado em 5/1/2011.