

A clínica de Winnicott
Danit Zeava Falbel Pondé
IBPW/IWA

1. Introdução

A extensa obra de Winnicott é dedicada, em primeiro lugar, à reformulação dos problemas fundamentais da clínica e da teoria psicanalíticas. Além de pôr em questão o primado da função sexual na vida dos indivíduos e das sociedades, afirmado por Freud, Winnicott propõe um novo paradigma para a psicanálise, conforme Loparic (2001), baseado em problemas da relação originária da criança com a mãe, e não mais em problemas gerados pela situação edípica. Assim que a clínica se baseia no acompanhamento adaptado do terapeuta em sintonia com o diagnóstico maturacional sobre a condição emocional do paciente.

2. Desenvolvimento

Para acompanhar a envergadura da mudança na clínica operada por Winnicott, necessariamente adentra-se no modo distinto pelo qual ele compreende a saúde e a doença. Até então, a psicanálise de Freud e seus seguidores continuava se baseando na teoria e na práxis, no desnovelamento da conflitiva emocional por suas expressões sintomáticas. A saúde era por eles afirmada de modo negativo, associada à ausência de sintomas rígidos ou pontos de fixação.

Nesse sentido, por ser um estudioso da saúde e não se restringir à doença, Winnicott organiza um quadro diverso pelo entrecruzamento dos gradientes normal e patológico, além dos sintomas, sejam estes manifestos ou inexistentes. Suas observações sobre amostras do universo emocional infantil atestam isto. Crianças são frequentemente povoadas por medos de criaturas imaginárias na escuridão, por acessos de cólica e vômito na excitação, ou mesmo por desejos e comportamentos cruéis, derivados de ciúmes e raiva do irmão menor que lhe roubou o trono. Para Winnicott (1931/2000), tais manifestações não guardam relação direta indicativa de doença. Por outro lado, a ausência de sintomas e inexpressividade emocional pode se travestir de normalidade, aparentemente de equilíbrio e saúde, alguém cuja fragilidade, na conquista integrativa, se expressa deste modo. Exemplo emblemático desta condição pertence à classificação diagnóstica do falso si mesmo, quando o caráter patológico está encoberto pela resposta submissa às expectativas ambientais.

Considerações sobre o contexto do processo de amadurecimento emocional em que a criança está inserida, assim como os graus e modos de manifestação sintomática são marcos fundamentais para o diagnóstico e compreensão do que é normal ou patológico. Pelo ângulo do que está acontecendo propriamente com a criança em desenvolvimento, sabe-se o quanto passar por inúmeras tensões é inerente a esse processo.

Na perspectiva de Winnicott (1990) um dos pilares sob os quais se apoia o desenvolvimento é a tendência inata ao crescimento, tanto física quanto emocional, da criança. Esta tendência a impele para frente, envolvendo necessidades e vivências emocionais cambiantes. Cada contexto corresponde a cada etapa em direção à construção e estabilização de sua personalidade. Sucedem-se, ao longo deste percurso, questões emocionais primeiramente vinculadas à constituição paulatina do mundo interno e ao braço de ferro entre o que é subjetivo e a realidade objetiva, em que está em jogo a conquista do sentido pessoal. Seguem-se ansiedades oriundas da gradativa complexidade das experiências instintuais, que convocam a administração dos impulsos diante do dilema em reconhecer seus efeitos sobre si mesmo e a cuidadora. E, por fim, o recrudescimento dessas ansiedades no exercício de controle do mundo interno e sentimentos ambivalentes de amor e ódio nas relações interpessoais.

O ambiente ingressa no pensamento psicanalítico de Winnicott, sendo considerado o outro pilar deste processo. A progressão maturacional só será possível com a provisão suficientemente boa dos cuidados ambientais. A saúde é produto do cuidado contínuo que torna possível uma continuidade do crescimento emocional pessoal e, nesse sentido, evolutivo. Pertence à saúde o alcance em escala temporal de maturidade relativa à idade do indivíduo. Sob os auspícios da confiabilidade é que se realizam gradativamente no indivíduo as tendências universalmente existentes na natureza humana. Esta confiabilidade é fundada nos modos pelos quais se desenrola a relação mãe e filho, com base na rotina e atmosfera emocional de cuidados.

É assim que, ultrapassando os critérios sintomatológicos e passando ao largo da problematização nas bases das questões da sexualidade, Winnicott estabelece a proposição existencial da necessidade de ser e continuar sendo como crivo norteador sobre a classificação do que é saúde ou do que anuncia a doença. Ao postular que a continuidade de ser significa saúde (1990), Winnicott demonstra sua preocupação em atribuir um olhar qualitativo para o viver humano. Deixa, assim, de lado quaisquer parâmetros de receitas de sucesso nos âmbitos social-funcional que não em bases pessoais. A máxima ênfase está depositada na conquista do significado do valor da vida.

Entende-se, então, que é o aspecto da doença que ganha conceituação pela qualidade negativa de descontinuidade no processo de amadurecimento. A doença acontece como

resultado de um conjunto de complicações derivadas de uma matriz de inúmeros fatores que interrompem, paralisam ou mesmo criam desvios nesse processo. Os desdobramentos e impactos das situações difíceis só podem ser mensurados quando levada em consideração a condição de maturidade do indivíduo. Importante ressaltar que, assim como na saúde as conquistas em etapa anterior pavimentam a evolução na próxima etapa, no caso inverso, os insucessos implicam um efeito dominó, que compromete o vir a ser potencial e impede conquistas posteriores.

Antes do alcance unitário e estabilização da conquista de ser, em que o bebê se encontra dependente em alto grau da adaptação materna, condições ambientais desfavoráveis – como o padrão de descuidos adaptativos maternos ou até mesmo a perda da cuidadora – provocam reações traumáticas e disruptivas, pela quebra da continuidade de ser. O que se quebra neste ponto é a linha da vida, comprometendo a possibilidade autêntica de ser pelos próprios impulsos. Nas palavras de Winnicott, “a alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila.” (1960/1983, p. 47). Em termos de doença, tal configuração pertence aos quadros mais graves de distúrbio – os psicóticos –, pois compromete a formação da personalidade e o sentimento de existir e ser real, restando ao indivíduo erguer defesas sólidas na tentativa de barrar as invasões. Os vários modos destes recursos defensivos primitivos carregam a similaridade de um estado de pobreza e rigidez emocional, pela corrupção basal na constituição do EU ou pela correspondente força para manter o indivíduo impermeável a situações intoleráveis vindouras. Estes indivíduos estão envolvidos no problema de existir.

Mais adiante, como uma unidade pessoal, com o ingresso dos instintos de agressividade e depois a sexualidade, as vicissitudes da continuidade de ser abarcam as dificuldades em capitanear os próprios instintos e não ser por eles puxado. A partir daí, são os problemas inerentes a assumir em nome próprio aquilo que se faz em erros e acertos, além de poder tolerar as consequências e equívocos de seus atos que pautam as relações interpessoais. Cabe ao ambiente emocional fazer os ajustes necessários em se desadaptar gradativamente e sobreviver, permitindo assim que esses exercícios instintivos e de modos de ser ganhem expressividade pessoal. Dos modos de ser vem o fazer, um agir por si mesmo que tem sentido e é criativo por nascer na liberdade do impulso individual, que não é reativo. Mediante as condições do meio ambiente de proporcionar um cenário estável, não moralizante e sobretudo confiável, na medida em que oportuniza e acolhe os atos reparatórios como consertos aos atos destrutivos, integram-se os sentimentos morais, afetivos e espirituais. Sem estes, a vida vira um deserto árido.

Assim Winnicott estabelece novos critérios balizadores do que é saúde ou doença, tais como o critério da necessidade de ser e continuar sendo, contrapartida ambiental, a socialização,

a riqueza pessoal. Estes critérios implicam incrementos nos gêneros de problemas de ordem maturacional passíveis de serem revertidos em bases favoráveis ao gozo da vida.

Aquilo que se desenvolveu até aqui subsidia a afirmação da revolução paradigmática na psicanálise, aportada por Winnicott e seus desdobramentos na clínica, pois desvela como diferentes pontos de partida sustentam visões divergentes sobre quais são ou o que expressam os fenômenos. Para ilustrar, citam-se as diferentes interpretações de Freud e Winnicott a respeito do pânico. Em uma de suas cartas para Fliess, em 1893, Freud fala de um caso:

O homem, 42 anos, 3 filhos, de 17, 16 e 13 anos. Bem até 6 anos atrás. Nessa época, depois da morte de seu pai, crise súbita de angústia com frequência cardíacas, temor hipocondríaco de um câncer de língua, muitos meses mais tarde, segundo acesso com cianose, pulso intermitente, medo da morte etc. Desde então fraqueza, vertigens, agorafobia, um pouco de dispepsia. Caso de neurose de angústia simples, acompanhada de sintomas cardíacos depois de emoções. Entretanto, o coito interrompido parece ter sido bem tolerado durante dez anos. (Freud *apud* Pereira, 2003, p. 70)

Aqui se encontra o esforço de Freud em relacionar os sintomas de pânico a questões da sexualidade. Através da ótica Winnicottiana, o estado de pânico é uma defesa (1967/1994). É um horror organizado disposto em torno de uma situação fóbica e que, portanto, visa proteger o indivíduo contra novos exemplos do imprevisível. *Grosso modo*, tomando o caso de Freud, pode-se inferir que a morte do pai foi um fator imprevisível deflagrador da “perda de chão” deste indivíduo. Seguindo uma compreensão Winnicottiana, respeitando o contexto de perda do paciente, infere-se a emergência do latente aspecto primitivo associado ao sentimento de perder todas as referências, ficar sem contorno, expressões características do estado de pânico cuja etiologia remonta a cuidados ambientais insuficientes, quando o contexto relacional era de dependência. Isto levanta justamente a diferença clínica quer seja no diagnóstico, da ordem da neurose para Freud e do aspecto psicótico para Winnicott, quer seja no modo de cuidar. Enquanto, de forma geral, o tratamento seria orientado para o entendimento e eliminação desses sintomas, Winnicott sustenta a provisão ambiental como o remédio curativo. Esta proposição afirma a possibilidade de ultrapassar o estado de congelamento na linha do amadurecimento, portanto, da retomada do processo. É nesta ideia que se baseia a motivação clínica e instrumentalização prática formulada por Winnicott.

A matriz clínica concebida por Winnicott prescreve um cuidar-curar análogo às adaptações maternas ao longo do processo de amadurecimento. Em suas palavras, “uma extensão do conceito de segurar (*holding*)” (Winnicott, 1970d/2005, p. 92). Pelo lado do analista, portanto, o processo implica as múltiplas atribuições – conter, suportar, segurar, sustentar e sobreviver –, intrínsecas ao *holding* materno, cada qual na sua especificidade das

necessidades e vivências emergentes do contexto maturacional do acompanhamento psicoterapêutico. Clinicamente, guarda-se como essencial o papel ambiente do analista, em que acontecimentos relacionais entre ele e o paciente provejam a gênese subjetiva dentro da área de onipotência do paciente, oportunizando a integração como experiência pessoal. Em outras palavras, que aconteçam coisas entre o analista e o paciente, de modo que o paciente possa experimentar sentimentos de realidade a partir do que está ocorrendo na relação.

As indicações diagnósticas, como orientações da práxis clínica, seguem os relatos do que aconteceu na história pessoal do indivíduo, mas, sobretudo, do que não aconteceu em termos de integração experiencial e constituição da personalidade. Dessa forma, há indícios do que precisa acontecer nas relações com o analista e nos cuidados pertencentes ao *setting* analítico.

Retomando-se como pressuposto básico um percurso de vida cujo desenvolvimento emocional sucede-se ao longo de diferentes etapas, contextos, dependência e recursos maturacionais, entende-se quão diversos podem ser os significados traumáticos em termos de impacto no indivíduo. Falhas ambientais nas etapas primitivas comprometem os alicerces da personalidade, de modo que o prejuízo é no estabelecimento da pessoa como existente, com questões correspondentes no nível de sobrevivência e na sedimentação de uma identidade própria. Por sua vez, com o alcance da personalidade unitária e posterior ingresso nas relações triangulares – mãe, pai e filho – correspondem outras dificuldades relativas às questões interrelacionais em seu trânsito no mundo.

Assim, o fazer clínico em manejos, e não somente nas interpretações, deve acompanhar e corresponder às necessidades maturacionais, respeitando as diferenças etiológicas intrínsecas às patologias. A técnica psicanalítica deve variar, dependendo se a pessoa é neurótica, psicótica, depressiva ou antissocial. Sobre sua práxis, diz Winnicott, “quando me defronto com o tipo errado de caso, me modifico no sentido de ser um psicanalista que satisfaz, ou tenta satisfazer as necessidades de um caso especial” (1962/1983, p.154).

Fica claro o quanto se oneram as implicações e incumbências do analista no caráter do envolvimento emocional, temporal e técnico que compõe o *setting*, conjugando-se no somatório de todos os detalhes relativos ao manejo para sustentar temporalmente o processo de amadurecimento do paciente. Como exemplifica a proposta *non-standard* de cuidar-curar a psicose, cuja indicação centra-se na possibilidade da regressão à dependência do paciente. Na regressão, manifestam-se as necessidades deste paciente vinculadas etiologicamente ao ponto maturacional interrompido. A promoção da regressão deriva do comportamento do analista. Esse comportamento pavimenta no paciente a “esperança que o verdadeiro eu poderá

finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar o viver” (Winnicott, 1956/2000, p. 395). Isso importa em disposição e comportamento do analista em “manter-se vivo, manter-se bem, manter-se desperto, ser ele mesmo e se portar bem” (Winnicott, 1962/1983, p. 152). É a qualidade estável de ser desse analista que oferece as condições contínuas, por isso previsíveis e confiáveis, para a continuidade do processo.

3. Considerações finais

Conclui-se com a tentativa de mostrar que, ao mesmo tempo que oferece uma perspectiva sobre a natureza humana, a teoria do amadurecimento é o horizonte com base no qual se consideram outros tipos de problemas estranhos à psicanálise tradicional. A condução da contrapartida clínica segue, portanto, afinada a esses problemas em seus procedimentos modificados ou distintos do modelo clínico tradicional.

Referências

- Loparic, Z. (2001). Esboço do paradigma Winnicottiano. *Cadernos de História e filosofia da ciência*, 11 (2), pp. 7-58.
- Pereira, M.E.C. (2003). *Psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Escuta.
- Winnicott, D.W. (1931). Notas sobre normalidade e ansiedade. In D. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise* (pp. 57-76). Porto Alegre: Artmed, 2000.
- Winnicott, D.W. (1956). Formas clínicas da transferência. In D. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise* (pp. 393-398). Porto Alegre: Artmed, 2000.
- Winnicott, D.W. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D.W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D.W. (1967). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 151-156). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D.W. (1970). A cura. In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 105-114). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D.W. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.