

Do manejo psicoterápico ao trabalho social winnicottiano: textos e comentários*

Z. Loparic

IBPW/IWA/UNICAMP

Introdução

Proponho-me, neste trabalho, a mostrar que Winnicott esboçou uma teoria de procedimentos para a execução de atividades no campo profissional de assistência e de trabalho social, aplicável tanto em sua época, como em nossos dias. É possível ver esta teoria em termos de extensão do manejo – procedimento que Winnicott, enquanto médico pediatra, empregava em sua clínica dos bebês e das crianças cujo processo de amadurecimento foi bloqueado ou distorcido, no período pré-EU SOU, por fatores externos, ou seja, por um ambiente que falhou em provê-los de assistência facilitadora necessária. Não demorou para Winnicott incluir esta forma adaptada de manejo no seu tratamento de pacientes adultos cuja doença começou em um período muito inicial e decorria da mesma etiologia. Refiro-me aos psicóticos, essencialmente, aos esquizofrênicos, no sentido winnicottiano – àqueles que se defendem de um colapso existencial pela desintegração ativa da personalidade – e aos fronteirios, que se valem do falso si-mesmo para elaborar defesas psicóticas secundárias, aos quais ele acrescentou os antissociais, pacientes que adoecem em qualquer período da vida por uma etiologia diferente: não devido às falhas do ambiente provedor, mas em decorrência da perda do ambiente provedor até então suficientemente bom. Ao dar esse passo, Winnicott criou uma clínica revolucionária que preservava a psicanálise padrão freudiana (decerto, como veremos ainda, numa versão reformulada), ao mesmo tempo que ampliava a abrangência do tratamento de problemas do existir humano por meio de regras para um trabalho que não era mais analítico. Por um bom motivo: os distúrbios mencionados, sejam infantis ou de adultos, não eram tratáveis pela psicanálise freudiana padrão, mesmo reformulada, técnica elaborada para outra finalidade terapêutica, a saber, para o tratamento de distúrbios decorrentes de conflitos internos, basicamente de psiconeuroses e depressões reativas, tradicionalmente chamados de “bons casos”. Ao invés de deixar fora da terapia os “casos errados”, como recomendado por Freud e

* Esse trabalho é uma versão ampliada da minha intervenção na sessão de 21 de março de 2025 das pré-jornadas “Winnicott e a assistência social”, realizadas pelo IBPW.

como acontece de forma generalizada na psicanálise de inspiração freudiana, Winnicott ampliou a técnica do tratamento. Na sua coletânea de apresentação aos psicanalistas, *Da pediatria à psicanálise*, encontram-se os artigos que balizam seu caminho da pediatria e psiquiatria infantil até a psicanálise freudiana. As citações reunidas no presente artigo, em particular os fragmentos da seção 5 abaixo, iluminam o seu caminho da psicanálise à clínica maturacional, que ele resume, em uma das várias ocasiões em que trata deste assunto, da seguinte maneira:

A 1962a/1983, p. 152

Faço análise porque é o que o paciente necessita. Se o paciente não necessita análise então faço alguma outra coisa.

Em análise se pergunta: quanto nos é permitido fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: quão pouco é necessário ser feito?

Comentário: As duas perguntas marcam a diferença entre as tarefas terapêuticas da clínica freudiana e as assumidas pela clínica winnicottiana, por exemplo, no atendimento assistencial na psiquiatria infantil (*child psychiatry casework*). Este trabalho é regularmente realizado por Winnicott, pediatra e psiquiatra infantil, tal como ilustrado, por exemplo, pelo caso Patrick, que inclui no manejo da situação a comunicação em termos do jogo do rabisco, técnica marcadamente não analítica.

B 1965c/1994, p. 261

A diferença entre a psicanálise e a psiquiatria infantil é principalmente que, na primeira, tenta-se ter a oportunidade de fazer tanto quanto possível (e o psicanalista gosta de ter cinco ou mais sessões por semana), enquanto na última pergunto-me: qual é o mínimo que se precisa fazer? O que se perde fazendo-se tão pouco quanto possível é balanceado por um lucro imenso, uma vez que na psiquiatria infantil tem-se acesso a um vasto número de casos (tais como o atual) para os quais a psicanálise não constitui uma proposta prática. Para minha surpresa, descobri que o caso psiquiátrico infantil tem muito a ensinar ao psicanalista [...].

A principal tese do presente artigo é a de que Winnicott valeu-se, não da análise padrão de Freud, nem de sua versão modificada, mas de sua clínica maturacional para estender o procedimento de manejo a fim de abranger o atendimento assistencial psiquiátrico (*psychiatric casework*) tal como ele próprio o praticava, bem como para reformular, nesse mesmo quadro, os procedimentos usados no campo profissional de atendimento por assistência social, comum na sua época, e de trabalho social em geral. Em todas essas práticas, o elemento essencial é o “assistir”, atuação entendida por Winnicott como a disponibilização de uma provisão ambiental facilitadora dos processos maturacionais pelos quais alguém se torna um “existente estabelecido” (*an established exister*, 1970f/1999, p. 26). Em Winnicott, facilitar o amadurecimento de alguém significa assistir o existir desse alguém¹. Esta tese, devidamente

¹ O verbo português “existir” é derivado do latim *existere*, que vem de *ex-sistere*, *ex*, fora, e *sistere*, colocar de pé, forma reduplicativa de *stare*, estar, permanecer de pé, e originalmente significa estar fora de, não permanecer mais

desenvolvida e comprovada, poderá servir de guia para a reconstrução mais elaborada das práticas assistenciais da clínica maturacional winnicottiana, como parte de uma teoria geral de tarefas e de procedimentos de tratamento dos distúrbios do processo de amadurecimento, que possa ser relevante no mundo de hoje. Este estudo é paralelo ao estudo das patologias, isto é, dos problemas maturacionais que definem os campos das atividades terapêuticas redefinidas por Winnicott.

O leitor não encontrará neste trabalho análises detalhadas de ideais que compõem elementos da mencionada teoria de Winnicott – algumas delas podem ser encontradas em meus textos citados na bibliografia. Estes, por sua vez, constituem uma espécie de antologia de citações de Winnicott, seguidas de comentários, que poderá ser usada de roteiro de pesquisa na direção da tese proposta². Faltarão, forçosamente, certas conexões explicativas, em particular as relativas à classificação de casos em termos de diferentes critérios assinalados; haverá algo de esquemático na exposição e, inevitavelmente também, uma superposição de afirmações de Winnicott feitas em diferentes citações, incômodo que será compensado, espero, pela contextualização das ideias de Winnicott oferecida nos comentários.

1. Classificação de distúrbios de saúde susceptíveis de tratamento na clínica winnicottiana

Um ser humano é uma amostra do potencial herdado de tendências e capacidades inerentes à natureza humana, que acontece em sucessivos estágios do tempo de amadurecimento e consiste, precipuamente, na realização progressiva da tendência à integração que preside todo o processo de amadurecimento, desde o estabelecimento de um si-mesmo unitário inicial (unidade pessoal) até sua identificação com a humanidade no seu todo.

A amostra do potencial acontece ao longo das *cinco linhas do processo de amadurecimento*, descritas abaixo, ou na interface entre duas ou mais delas:

- a) o estabelecimento do indivíduo como pessoa emocionalmente madura e integrada;

no lugar em que já se estava, sair andando desse lugar para um lugar na proximidade. O verbo português “assistir” deriva do latim *assistere*, que é formado de *ad*, a, perto de, e *sistere*, e originalmente significa estar junto, auxiliar alguém de perto. Etimologicamente falando, “assistir o existir de alguém” significa, portanto, estar junto de alguém que não está mais neste ou naquele estado, a saber, que não permanece no lugar em que estava, auxiliar alguém a caminhar desse lugar para um outro lugar. Note-se a conotação somática, temporal e espacial (de coincidência e de separação) presente na etimologia do “existir” e do “assistir”. Em Winnicott, a mesma conotação de continuidade, seguida de distanciamento e de proximidade, está presente na forma metafórica, pois “assistir” significa acompanhar alguém na travessia, apoiada no crescimento corpóreo, do espaço-tempo potencial, extensão de transições e intercâmbios possíveis, aberta e mantida aberta, espontânea e criativamente, entre o mundo subjetivo inicialmente estabelecido e o mundo externo a explorar e a integrar, que seja o dos seres humanos ou o da Lua.

² As citações das traduções brasileiras, cujas referências estão reunidas no final do texto, foram revisadas sempre que apresentavam erros que prejudicavam a compreensão.

- b) o crescimento somático;
- c) o desenvolvimento mental;
- d) a socialização;
- e) a participação na vida cultural.

Um grupo de problemas tratáveis pela clínica winnicottiana são as patologias do processo de amadurecimento, que podem ser diagnosticadas como distúrbios (desvios, bloqueios, ameaças) de uma ou de mais linhas do amadurecimento, e que acontecem nesse ou naquele período ou estágio do amadurecimento, sendo que o estágio do EU SOU é um divisor de águas, de modo que podemos falar de:

- a) distúrbios diagnosticáveis do pré-EU SOU e do EU SOU;
- b) distúrbios diagnosticáveis do pós-EU SOU.

Um segundo grupo de patologias maturacionais, também tipicamente winnicottiano, é composto de distúrbios que não podem ser diagnosticados da forma mencionada – aqueles que podem acontecer em qualquer estágio do amadurecimento e que não afetam as linhas do amadurecimento, mas o relacionamento com o ambiente facilitador. Os dois grupos podem ser datados de forma aproximativa pelas *idades do corpo*.

Os distúrbios maturacionais são gerados por dois tipos de fatores etiológicos.

- a) Fatores externos.

Trata-se de padrões de falhas ambientais ou de manejo, da presença no ambiente de figuras desintegradoras ou de eventos disruptivos do processo de amadurecimento, que podem ser resumidos em duas categorias básicas: privação (padrões de falhas de manejo, de provisão assistencial) ou deprivação (perda súbita e intolerável do ambiente até então suficientemente bom)³. O estudo da dependência do indivíduo, em amadurecimento emocional e pessoal, da facilitação provida por ambientes cada vez mais amplos e sofisticados (mãe-ambiente, dupla parental, família, grupos sociais, em particular os escolares, sociedades nacionais e globais) e dos efeitos de impactos ambientais é uma das principais novidades da *etiologia maturacional* desenvolvida por Winnicott⁴.

- b) Fatores internos.

Esse grupo consiste em conflitos que distorcem ou mesmo bloqueiam a tendência à integração que governa o processo de amadurecimento de uma personalidade inteira.

³ Em Winnicott, os termos “privação” e “deprivação” são usados tanto para descrever esses dois tipos de etiologia como para caracterizar seus efeitos, a saber os impactos sobre o processo de amadurecimento e as reações na forma de sintomas, em especial de organizações de defesa.

⁴ Um grupo desses fatores foi estudado por Winnicott, em termos de diferentes tipos de *trauma* que atingem o processo de amadurecimento nesse ou naquele estágio da sua vida familiar, ver 1965b/1994, pp. 102-115.

Os efeitos dos fatores etiológicos são sinalizados por “estados psiquiátricos” – ou seja, estados maturacionais patológicos, habitualmente chamados de *sintomas* de vários tipos –, em especial, pelas *organizações de defesa rígidas*, geradas como reações a impactos ambientais. As principais categorias desses estados são:

- a) psicoses puras (esquizofrenia, isto é, desintegração ativa winnicottiana) e mistas (fronteiriças), do grupo de distúrbios do pré-EU SOU;
- b) depressões reativas e neuroses, do grupo de distúrbios do pós-EU SOU;
- c) tendência antissocial, do grupo sem diagnóstico em termos de interrupção do processo de amadurecimento em um estágio de origem determinado, sintomas que remetem à perda súbita do ambiente até então suficientemente bom.

Os sintomas de um problema maturacional podem ser muito variados e inconstantes. Os das neuroses, por exemplo:

C 1961a/1994, p. 55.

Devemos dizer claramente que essa criança, quando sadia, tem todo tipo possível de sintoma psiconeurótico. (Tomemos como exemplo um menino, para que não tenha de continuar dizendo ele ou ela.) Ele é vital e fisicamente ativo, mas também fica branco e flácido, de um jeito que a mãe pensa que a vida dele se foi. Ele é bondoso e doce, e também cruel com o gato, e, aos insetos, deve assemelhar-se ao pior dos torturadores do mundo. É afetuoso, mas também machuca, chuta a barriga da mãe se esta parece estar ficando grande, diz ao pai para ir embora, ou, talvez, se una com este e despreze as mulheres. Tem acessos de manha, que podem ser embaraçosos quando se está na rua principal da cidade; tem pesadelos e, quando a mãe chega para consolá-lo, diz-lhe: Vá-se embora, sua bruxa; eu quero a minha mãe. Tem medo disto ou daquilo, embora seja muito bravo ou bravo demais. Fica altamente desconfiado de uma comida que tenha um fio de cabelo nela, ou que seja da cor errada ou que não tenha sido cozinhada pela mãe, ou, então, talvez recuse a comida em casa e coma vorazmente na casa da tia ou da avó.

Quando se tornam rígidas, as reações a fatores etiológicos vêm a constituir um fator etiológico secundário, que em muitos casos acaba sendo mais importante que os impactos ambientais ou intrapsíquicos iniciais.

As organizações de defesa rígidas e os sintomas em geral de um paciente são identificados por meio de pesquisas que usam vários métodos e procedimentos, entre eles observação direta, historiação do caso com figuras do ambiente (coleta de dados clínicos mediante diferentes fontes, por exemplo, por entrevistas com pessoas envolvidas), práticas de manejo, entrevista diagnóstica com o paciente, uso de dados da transferência neurótica no tratamento pela análise padrão, observação da regressão na vida familiar, observação de dificuldades em instituições de acolhimento, tratamento de pacientes esquizofrênicos, considerando-se os dados colhidos da transferência psicótica deles.

Os sintomas e as organizações de defesa são a base para a elaboração de *diagnóstico*, isto é, para a identificação do aspecto do processo de amadurecimento atingido numa certa

linha, nesse ou naquele estágio e idade, por tal ou qual fator etiológico externo ou interno. Durante o processo de tratamento, devido à intervenção do terapeuta ou à tendência para integração do paciente, podem acontecer modificações no problema de maturação que pesa sobre o paciente no seu processo de amadurecimento. Em tais casos, os sintomas podem também mudar, de modo que fica necessário mudar o diagnóstico.

Em resumo, as observações acima, que estão longe de esgotar a riqueza das classificações elaboradas por Winnicott, mostram que os distúrbios da patologia maturacional winnicottiana podem ser classificados conforme uma variedade de *critérios*. Entre eles destacam-se: a origem do sintoma ou da organização de defesa em uma ou mais das cinco linhas do amadurecimento; estágio do tempo de amadurecimento; idade do corpo; etiologia; diagnóstico; e, cabe acrescentar, o tipo de tratamento necessário e os procedimentos terapêuticos adequados. Esses critérios podem ser combinados de várias maneiras e usados para elaborar diferentes classificações, ou seja, diferentes categorias patológicas, por vezes muito complexas, que, como veremos posteriormente, podem e precisam ser desdobradas em várias subcategorias⁵.

Embora esses critérios não tenham sido reunidos por Winnicott na forma apresentada, eles são aqui vertidos na linguagem da teoria winnicottiana dos períodos e estágios maturacionais e de suas perturbações⁶, o que elimina associações enganadoras com as teses das teorias psiquiátricas e psicanalíticas conhecidas.

Ilustrações de patologias são fornecidas pelos casos clínicos de Winnicott, que, para tanto, precisam ser classificados segundo os mesmos critérios que os distúrbios. No que segue, veremos tanto as classificações feitas por Winnicott como algumas outras, propostas por servirem melhor para aos propósitos do presente trabalho. Nas análises que serão apresentadas, usarei a linguagem do paradigma winnicottiano, ainda bastante desconhecida e não codificada, cuidando sempre para não dificultar em demasia a compreensão de leitores habituados aos jargões da psicologia acadêmica e da psicanálise tradicional.

2. Métodos de pesquisa sobre distúrbios maturacionais

2.1 Uma lista de procedimentos de pesquisa

D 1948/2000, pp. 234-236

Para fazer pesquisa é preciso ter ideias: há um ponto de partida subjetivo em todo processo de pesquisa. A objetividade surge mais tarde, através do trabalho planejado e da comparação entre as observações realizadas a partir de vários ângulos. Fazendo justiça aos que se dedicam à

⁵Sobre outros critérios de classificação de distúrbios que não são idênticos aos mencionados aqui, ver, por exemplo, 1955b/1994, pp. 225-229.

⁶ Para detalhes, ver Loparic, 2025a.

pesquisa sobre essa questão do desenvolvimento emocional infantil, gostaria de apresentar um catálogo dos vários métodos de abordagem de cada um dos pontos estudados. Os seguintes tipos de abordagem fornecem observações que podem ser comparadas e correlacionadas:

1. Observação direta da relação mãe-bebê.

Um exemplo deste tipo de pesquisa nos é fornecido pelo trabalho da Dra. Middlemore (infelizmente interrompido prematuramente por sua morte), que ela descreve em seu livro *The Nursing Couple*.

2. Observação periódica direta de bebês, começando logo após o nascimento e estendendo-se por um período de alguns anos.

Na clínica geral e no ambulatório do departamento de pediatria de um hospital, os pais sempre vêm para tratar de algum problema ou quando precisam de algum conselho.

3. Históriação [*history-taking*] pediátrica.

Na minha própria experiência profissional, dei a cerca de 20.000 mães a oportunidade de contar o que sabiam sobre o desenvolvimento de seus bebês. Há sempre muito mais a aprender sobre a técnica da anamnese, mas o fato é que com este tipo de experiência nos tornamos, creio eu, mais e mais capazes de avaliar corretamente a descrição dada pela mãe.

4. A prática pediátrica, tipicamente o manejo da alimentação e da excreção do bebê.

No decorrer deste trabalho, darei um exemplo do aspecto psicológico de uma dificuldade na alimentação. Seria possível dizer que, nos casos mais comuns, onde não há um processo de doença, o trabalho sobre a vertente física já foi realizado pelos fisiologistas e pelos bioquímicos, e os problemas práticos são predominantemente psicológicos.

5. Entrevista de diagnóstico com a criança.

Na primeira entrevista é muitas vezes possível, e nada perigoso, fazer uma espécie de tratamento psicanalítico em miniatura. Se a análise é iniciada posteriormente, em geral descobre-se que foram necessários vários meses para cobrir novamente o mesmo território. Nessas entrevistas o médico não está tão seguro quanto numa análise longa, mas por outro lado ele alcança profundos insights num grande número de casos e isto, de algum modo, equilibra a exiguidade numérica de sua experiência analítica. Aliás, em psiquiatria uma entrevista de diagnóstico só é frutífera se for também terapêutica.

6. Experiência psicanalítica real.

Esta fornece uma perspectiva diferente da primeira infância do paciente, dependendo de a criança ter entre 2 e 4 anos de idade, ou ser mais velha, ou estar próxima à puberdade ou na adolescência. Para o analista empenhado em pesquisar os processos de desenvolvimento emocional mais precoces, a análise de adultos razoavelmente normais pode ser ainda mais produtiva que a análise de crianças.

7. Observação, na prática pediátrica, de processos de regressão psicótica conforme aparecem geralmente em crianças e mesmo em bebês.

8. Observação de crianças em instituições adaptadas para lidar com problemas, sejam estes um comportamento antissocial, estados confusionais, episódios maníacos, relacionamentos distorcidos pela suspeita ou sentimentos de perseguição, deficiências mentais, convulsões etc.

9. Análise de esquizofrênicos.

Coloco esta última em separado, pois creio que este é um trabalho a ser realizado apenas por analistas experientes. Na minha opinião, a análise de doenças associadas à depressão e das defesas contra a depressão atualmente integram a classe dos tratamentos de rotina e não são mais ‘casos de pesquisa’. Isto se refere também aos casos maníaco-depressivos e mesmo aos casos de paranoia. Os esquizofrênicos, no entanto, constituem uma classe especial, e seu tratamento deve ser visto como uma aventura em território desconhecido.

Comentário: Vários desses métodos de pesquisa são ao mesmo tempo procedimentos de terapia. Conforme Winnicott anota, as consultas só têm valor informativo se forem ao mesmo tempo terapêuticas. No que segue, farei uma análise mais pormenorizadas de alguns dos métodos que talvez apresentem aspectos menos conhecidos.

2.1.2 *Historiação*

A historiação consiste na reconstrução de acontecimentos do passado do paciente, relevantes para a compreensão e o tratamento do seu caso.

E 1965c/1994, p. 261

(1) Sempre que possível chego à história de um caso através de entrevistas psicoterapêuticas com a criança. (2) A história coligida desta maneira contém os elementos vitais e não tem importância que, sob certos aspectos, assim obtido, ela revele-se incorreta, pois ela própria evolui por si só, de acordo com a capacidade que a criança tenha de tolerar os fatos. (3) Faz-se um mínimo de indagações, por amor à apresentação e para o fim de preencher lacunas. (4) Incidentalmente, o diagnóstico revela-se ao mesmo tempo.

Comentário: (1) Um tipo especial de entrevista, canonizado por Winnicott como procedimento padrão da sua clínica, é a consulta terapêutica (ver abaixo). A valorização da historiação se deve ao fato de Winnicott, na sua exploração do território desconhecido de um caso, usar como guia a teoria do amadurecimento emocional do indivíduo, que inclui, para mim, a história total do relacionamento individual da criança até seu meio ambiente específico. (2) Mesmo se inicialmente certos dados não são tolerados e, por isso, são relatados de forma errada, a história tende a se tornar factualmente verdadeira. (3) Em geral, o material é colhido sem intervenção por perguntas ou interpretações. (4) Os fatos pesquisados averiguados são base do diagnóstico e da etiologia.

Leituras complementares:

1. Descoberta freudiana da importância da historiação.

F 1959-1964/1983, p. 114

[Freud percebeu que a] etiologia da doença psiquiátrica passava a exigir do clínico o interesse pela obtenção da história. Deste modo os psicanalistas se tornaram pioneiros em tomar a história do paciente, e foram eles que reconheceram que a parte mais importante da obtenção da história vem do material emergente no curso da psicoterapia.

2. Descoberta independente de Winnicott, com relevância tanto para a pediatria quanto para a psicanálise.

G 1962e/1983, p. 180

Foi praticando pediatria que me dei conta do valor terapêutico da obtenção da história e descobri o fato de que isto provê a melhor oportunidade de tratamento, desde que a obtenção da história não seja feita com o propósito de coletar fatos. A psicanálise para mim é uma vasta extensão da obtenção da história, com a terapêutica como subproduto.

Comentário: A psicanálise winnicottiana visa a libertar o paciente de histórias fantasiadas defensivas e a trabalhar com histórias experienciadas ou a experienciar.

2.1.3 *Consultas terapêuticas*

a) Descrição adicional.

H 1968a/1994, p. 230

A base para este trabalho especializado é a teoria de que um paciente, criança o adulto, terá para a primeira entrevista uma certa capacidade de *acreditar* na obtenção de auxílio e de confiar

naquele que o oferece. A comunicação do paciente com o psiquiatra referir-se-á às tendências emocionais específicas que têm forma atual e raízes que remontam ao passado ou se entranham profundamente na estrutura da personalidade do paciente e de sua realidade interior pessoal.

Neste trabalho, o consultor ou especialista não precisa tanto ser arguto quanto capaz de proporcionar um relacionamento humano natural e de livre movimentação dentro do *setting* profissional, enquanto o paciente gradualmente se *surpreende* com a produção de ideias e sentimentos que não estiveram anteriormente integrados na personalidade total. Talvez o principal trabalho que se faz seja da natureza da integração, tornada possível pelo apoio no relacionamento humano, mas profissional – uma forma de sustentação [*holding*].

Comentário: O trabalho feito em termos de uma consulta terapêutica winnicottiana é uma forma especializada de comunicação interpessoal que se dá entre dois seres humanos de mesmo nível, é sustentada pelo manejo, não inclui o relacionamento em termos de transferência (esta sim pressupõe a hierarquia: você é doente e eu sou seu terapeuta) e que, portanto, não pertence à psicoterapia nem à psicanálise, em particular. Por essa razão, o livro de Winnicott *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* pode ser visto, junto com o *The Piggle*, como o principal exemplo da sua revolução paradigmática na área de relacionamento e procedimentos terapêuticos.

b) O brincar: a base das técnicas e procedimentos da psicoterapia.

I 1968a/1994, p. 230

Com relação a qualquer técnica que o terapeuta esteja preparado para usar, a base é o brincar. Declarei em outro momento que, em minha opinião, a psicoterapia tem de ser efetuada na sobreposição das duas áreas de brincar (a do paciente e a do terapeuta), ou, então, o tratamento tem de ser dirigido no sentido de capacitar a criança a tornar-se capaz de brincar-isto é, ter razões para confiar na provisão ambiental. Tem de se presumir que o terapeuta possa brincar e tenha prazer em brincar.

Comentário: O brincar winnicottiano, em geral, consiste em juntar e usar coisas do mundo externo, ocasionalmente palavras, a serviço da amostragem de um conteúdo (sonho, fantasia, desejo) da realidade interna. Na área do brincar, a criança junta

J 1968b/1975, p. 75

[...] objetos ou fenômenos oriundos da realidade externa, usando-os a serviço de alguma amostra derivada da realidade interna ou pessoal. Sem alucinar, a criança põe para fora uma amostra do potencial onírico e vive com essa amostra num ambiente escolhido de fragmentos oriundos da realidade externa.

De fato, o brincar é uma forma, talvez a fundamental, da vida humana que amadurece até incluir o relacionamento em termos de identificação cruzada, outro conceito básico da clínica winnicottiana, relacionado aos conceitos de mutualidade e sustentação.

Leitura complementar:

O princípio geral da terapia winnicottiana

K 1967b/1975, p. 80

Parece-me válido o princípio geral de que *a psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta*. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho

efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de não ser capaz de brincar para um estado em que o é.

Comentário: Este princípio geral da terapia winnicottiana, que vale inclusive para a psicanálise (1967b/1975, p. 79), desloca o relacionamento terapêutico do tipo freudiano – baseado no deciframento do inconsciente sexual (libidinal), reprimido por ilícito, transferido como forma de defesa, e subsequente codificação da vida consciente em termos da ética da lei – para o relacionamento pautado na coprodução espontânea e criativa de tramas de vida compartilhadas, voltado para o viver junto e, se o caso for, para viver um pelo outro. Este é o ponto nevrálgico da revolução winnicottiana, na qual a cura pela palavra é substituída, no centro do quadro clínico winnicottiano, pela cura pelo cuidado. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de não ser capaz de brincar para um estado em que o é.

c) Um exemplo de técnica: jogo de rabisco.

Na consulta, o brincar consiste tipicamente em jogo de rabisco explicado da seguinte maneira ao paciente:

L 1968a/1994, p. 232

Digo: “Este jogo que gosto de jogar não tem regras. Pego apenas o meu lápis e faço assim ...” e provavelmente aperto os olhos e faço um rabisco às cegas. Prossigo com a explicação e digo: Mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-lo em algo; depois, faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com o seu rabisco.

Comentário: A comunicação numa consulta winnicottiana, facilitada pelo jogo do rabisco e com valor de pesquisa terapêuticamente relevante, consiste, portanto, essencialmente em *fazer as coisas junto*, não em falar um para o outro como na cura pela palavra freudiana.

2.1.4 Dados revelados na transferência neurótica (“neurose de transferência”)

Por esse tipo de comunicação de um paciente com o terapeuta, representações do passado – relativas aos problemas pós-EU SOU, carregadas de afetos, cifradas por deslocamentos e condensação – são projetadas compulsivamente sobre o analista. Desse modo, uma forma de neurose secundária é adicionada a organizações de defesas primárias que constituem a neurose propriamente dita, podendo ser usada, como estas, para o diagnóstico de conflito interno.

2.1.5 Dados da transferência psicótica (“psicose de transferência”)

O que é transferido para o terapeuta é a regressão à dependência que revela a necessidade de um ambiente sustentador. Com base nesse sintoma, assim como pelas

organizações de defesa em termos de desintegração ativa e autossustentação, o paciente pode ser diagnosticado como estando sob ameaça de aniquilamento:

- a) um esquizofrênico e ou fronteirços sem o EU SOU unitário estabelecido;
- b) um antissocial com o EU SOU estabelecido, mas ameaçado de aniquilamento pelas consequências da privação.

No tratamento de casos de neurose ou depressão reativa, os contatos fora da análise são evitados para que o analista não se torne cedo demais alguém objetivamente percebido e que a transferência seja protegida. Nos casos de distúrbios pré-EU SOU de pacientes esquizoides e fronteirços, pelo contrário, o material extra transferencial não pode ser simplesmente evitado, “este tema de como manejamos os contatos extra transferenciais se torna muito uma parte de nosso trabalho com o paciente” (1963c/1983. p. 172). Em outras palavras, o manejo da situação real, mesmo quando inclui falhas do terapeuta, é parte essencial do tratamento de distúrbio pré-EU SOU (ver o conceito de uso da falha do terapeuta), prática que não pode ser ensinada apenas teoricamente, pois exige condições pessoais e estudo do conteúdo e da dinâmica do processo de tratamento ilustrado por relatórios clínicos de Winnicott sobre psicose.

- c) Uma especificidade da transferência psicótica.

M 1955a/2000, p. 396

Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste tipo de trabalho [com a psicose de transferência] é mais correto dizermos que o presente retorna ao passado, e é o passado. O analista encontra-se, assim, confrontado com o processo primário do paciente na situação em que esse processo tinha o seu valor original.

Comentário: Na transferência neurótica, o paciente se defende do passado que – disfarçado, cifrado – invade e perturba seu presente, a tarefa do terapeuta é decifrá-lo e colocá-lo no devido lugar no tempo com seu verdadeiro figurino. No *setting* que acolhe a transferência da dependência, é o presente que se torna passado; ou seja, o paciente regride aos relacionamentos iniciais, reais e não fantasiados, e é preciso ajudá-lo a se estabelecer no aqui e agora como futuro (re)conquistado, em vista de uma nova forma de vida que valha a pena ser vivida. Abre-se assim o cenário para a revivência de relacionamentos iniciais do tipo mãe-bebê que, neste contexto, não são invasivos nem perturbam, mas que, pelo contrário, podem servir de ponto de partida relacional para recuperação do processo de amadurecimento e da saúde.

3. Procedimentos de terapia

3.1 Para distúrbios pós-EU SOU

Análise padrão reformulada, isto é, cura freudiana pela palavra (*talking cure*) adaptada para o uso na clínica winnicottiana.

3.2 Para distúrbios pré-EU SOU

Manejo psicoterápico individual winnicottiano e manejo psicoterápico assistencial winnicottiano, combinados com análise padrão reformulada, isto é, cura winnicottiana pelo cuidado (*care-cure*).

3.3 Para distúrbios sem diagnóstico definido e sem estágio certo para acontecer

Variedades de manejo psicoterápico individual winnicottiano, consultas terapêuticas, manejo psicoterápico assistencial winnicottiano e de trabalho social nas instituições (adaptações da cura pelo cuidado winnicottiana).

4. Análise padrão reformulada

4.1 Recepção por Winnicott da análise padrão freudiana

Winnicott insere na sua matriz disciplinar a análise padrão de Freud numa versão reformada à luz das críticas prévias das concepções freudianas de paciente, terapeuta, procedimentos de tratamento e seu uso, dinâmica do tratamento e resultados esperados⁷.

N 1964a/1994, p. 77

Entender-se-á que os princípios básicos da análise são aceitos por mim e que o que tento fazer é seguir os princípios estabelecidos por Freud, que me parecem fundamentais a todo o nosso trabalho. Em um certo *setting*, Freud lidou com o material produzido pela paciente e grande parte de seu trabalho esteve relacionado ao imenso problema de como lidar com esse material.

Comentário: Freud trabalha com o material produzido na transferência por pacientes neuróticos, mediante mecanismos psíquicos (mentais) primitivos freudianos (deslocamento e condensação de representação e afetos) e kleinianos (cisão, introjeção, projeção etc.), e oferece condições ambientais (de *setting*) para ajudar o paciente a se livrar dessas defesas e vir a lembrar, verbalizar e elaborar conscientemente, em termos de mecanismo mentais secundários, os estados de consciência reprimidos, expulsos e deixados no passado sem conexão – temporal ou causal – com o presente, para, desta maneira, resolver os conflitos internos que resultaram nesse material reprimido. Como vimos, o material não verbal extra transferencial, relativo ao que ocorre fora da análise, não é para ser levado em conta.

4.1.2 Objetivo da análise padrão freudiana

O 1954/2000, p. 382

O objetivo da análise seria o de entrar em contato com o processo do paciente, entender o material apresentado e comunicar essa compreensão verbalmente. A resistência implicaria sofrimento, e poderia ser atenuada pela interpretação.

Comentário: Trata-se de processos primários mencionados acima.

⁷ Esses pontos de crítica a Freud resumem, essencialmente, os 18 tópicos da estrutura de um relatório clínico de Winnicott, descrita em Loparic, 2023a.

4.2 Reformulação da análise padrão

4.2.1 Problemas atendidos

P 1959-1964/ 1983, pp. 124-125

Vejam agora os fatores internos, aqueles que interessam aos analistas. Afora o estudo de pessoas sadias, é talvez apenas na neurose e na depressão reativa que é possível se aproximar da doença verdadeiramente interna, a doença que faz parte do intolerável conflito que é inerente à vida e ao viver de pessoas normais. Poderia ser uma definição de saúde psiquiátrica relativa aquela em que o normal pode genuinamente remontar às dificuldades que o indivíduo encontra no esforço inerente à vida do indivíduo, à tentativa (inconsciente) do ego de controlar o id e usar o impulso do id do modo mais amplo possível com relação à realidade. Para mim, é importante deixar isso claro porque alguns podem pensar que, ao expor um método de classificação que inclui a classificação do ambiente, estou deixando de lado tudo que a Psicanálise conseguiu no estudo do indivíduo.

Comentário: A classificação tradicional (Freud-Klein) consiste essencialmente em duas categorias, psicose e neurose, incluindo as depressões reativas no mesmo grupo das neuroses. Winnicott critica essa classificação e a inclui na versão reformulada de sua patologia maturacional, acrescentando outros distúrbios não teorizados nem tratados (em especial, a tendência antissocial e as patologias psico-somáticas) pela psicanálise tradicional.

4.2.2 Enunciado resumido da versão reformulada

A adequação da análise padrão para o paradigma winnicottiano consiste em reescrevê-la na linguagem de Winnicott (analista na posição de objeto subjetivo), preservando, ao mesmo tempo, os aspectos freudianos centrais.

Q 1962a/1983, pp. 152-153

(1) O que devo tentar conceituar aqui é o significado para mim da expressão *análise padrão*. Isto significa para mim me comunicar com o paciente da posição em que (2) a neurose (ou psicose) de transferência me coloca. (3) Nesta posição eu tenho algumas características de um fenômeno transicional, uma vez que, embora eu represente o princípio da realidade, e seja eu quem mantém um olho no relógio, nem por isso deixo de ser um objeto subjetivo para o paciente.

Comentário: (1) A análise padrão reformulada é uma forma de comunicação que atende às necessidades maturacionais do paciente, assinaladas (2) em resposta ao pedido feito por ele, mediante transferência neurótica ou mesmo psicótica, por dependência, o que coloca o terapeuta na posição de encarregado por seus problemas maturacionais de um existente humano – comunicação essencialmente diferente daquela exclusivamente verbal recomendada por Freud, que revela danos no funcionamento do aparelho mental causado pela repressão. Ou seja, Winnicott substitui a transferência no sentido freudiano, via substitutiva de realização do princípio de prazer, pela definida no quadro da sua teoria de inter-relacionamento humano, no qual está em jogo o destino dos processos de amadurecimento, em particular a inteireza ou integridade pessoal do paciente. (3) Explicação do fato de que, na análise padrão winnicottiana, que não trata de mecanismos e sim de pessoas, o relacionamento terapêutico é caracterizado por traços emprestados da teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal (fenômenos,

transicionais, objetos subjetivos), inexistentes em Freud e, de resto, irreconciliáveis com as teses freudianas do acontecer humano, centradas no desenvolvimento da sexualidade (na linguagem da metapsicologia freudiana, da libido).

4.2.3 *Objetivo geral*

R 1962a/1983, p. 153

A maior parte do que faço consiste na verbalização do que o paciente me traz no dia.

Comentário: Esta é a *talking-cure* freudiana, tal como praticada por Winnicott. Em muitos casos, a verbalização de Winnicott consiste em um comentário sobre as defesas geradas por mecanismos mentais revelados na fala ou no comportamento do paciente.

4.2.4 *Um objetivo específico*

S 1962a/1983, p. 153

Embora a psicanálise possa ser infinitamente complexa, pode-se dizer algumas coisas simples sobre o trabalho que realizo e uma delas é que espero entrever uma tendência para a ambivalência na transferência e em direção oposta aos mecanismos mais primitivos de *splitting*, introjeção, projeção, retaliação do objeto, desintegração etc. Sei que estes mecanismos primitivos são universais e que têm um valor positivo, mas são defesas, na medida que enfraquecem o elo direto com o objeto através do instinto e através do amor e do ódio.

Comentário: Informação importante sobre os objetivos do uso, por parte de Winnicott, do procedimento padrão. Winnicott dá como exemplo sua expectativa de descobrir no relacionamento transferencial a tendência para ambivalência, portanto, para o relacionamento objetal, isto é, interpessoal de amor e ódio, de base instintual, dirigido à mesma pessoa, que gera angústias neuróticas e, como consequência, padrões de defesa neurótica. Esses modos de relacionamento objetal mais primitivos mencionados diferem de mecanismos psíquicos (mentais) primitivos homônimos, conceitualizados por Klein (1960a/1983, p. 46, nota 12).

4.2.5 *Dois razões para fazer interpretações*

T 1962a/1983, p. 153

Faço interpretações por duas razões:

1 – Se não fizer nenhuma, o paciente fica com a impressão de que compreendo tudo. Dito de outra forma, eu retenho certa qualidade externa, por não acertar sempre no alvo ou mesmo estar errado.

2 – A verbalização no momento exato mobiliza forças intelectuais. Só é ruim mobilizar os processos intelectuais quando estes se tornaram seriamente dissociados do ser psicossomático.

Comentário: O objetivo da interpretação winnicottiana não é decifrar um segredo que encobre uma transgressão da lei, nem fazer tanto quanto possível para exaurir e compreender tudo das formações do inconsciente reprimido por ser transgressor (ver 1965c/1994, p. 261). O objetivo é disponibilizar um olhar externo, não necessariamente correto, facilitando dessa forma que o paciente consiga, ele próprio, entrar em contato com seu passado, entendê-lo e integrá-lo na sua vida, mediante forças mentais integrativas do tipo intelectual, elas mesmas estando integradas numa personalidade inteira. Um objetivo semelhante é perseguido pelo manejo

psicoterápico e pelo atendimento assistencial (ver adiante), sem contar exclusivamente – nem mesmo principalmente – com a mobilização de forças intelectuais.

4.2.6 Detalhamento por Winnicott do setting freudiano para trabalho analítico (talking-cure: verbalização e interpretação), incluindo as normas de manejo para o tratamento da neurose e da depressão reativa por verbalização e interpretação

U 1954/2000, pp. 382-383

1. Diariamente, numa hora marcada, cinco ou seis vezes por semana, Freud colocava-se à disposição do paciente. Esse horário era planejado de modo que fosse conveniente para ambos.
2. O analista estaria com certeza lá, na hora, vivo e bem.
3. Durante o tempo previamente combinado (cerca de uma hora) o analista permaneceria acordado e estaria preocupado com o paciente.
4. O analista expressaria o seu amor pelo interesse positivo assim demonstrado, e seu ódio pelo estrito cumprimento dos horários de início e fim, e também através dos honorários. O amor e o ódio eram expressos honestamente, ou seja, não negados pelo analista.
5. O objetivo da análise seria o de entrar em contato com o processo do paciente, compreender o material apresentado e comunicar essa compreensão verbalmente. A resistência implicaria sofrimento, e poderia ser atenuada pela interpretação.
6. O método do analista era o da observação objetiva.
7. Esse trabalho era realizado num quarto, não num corredor, num quarto silencioso e não sujeito a barulhos repentinos e imprevisíveis, mas não absolutamente silencioso nem imune aos ruídos domésticos normais. O quarto estaria adequadamente iluminado, mas nunca por uma luz direta no rosto e nem por uma luz variável. O quarto certamente não seria escuro e estaria agradavelmente aquecido. O paciente se deitaria num divã, ou seja, estaria confortável (caso isto lhe fosse possível), e haveria provavelmente um cobertor e um jarro de água.
8. O analista (conforme sabemos) mantém o seu julgamento moral fora do relacionamento, não tem desejo algum de intrometer-se com detalhes de sua vida pessoal e de suas ideias, e não deseja tomar partido nos sistemas persecutórios, mesmo quando estes aparecem na forma de situações verdadeiramente compartilhadas em termos locais, políticos etc. Naturalmente, se houver uma guerra ou um terremoto, ou se o rei morre, o analista não ficará desinformado.
9. Na situação analítica, o analista é bem mais confiável que as demais pessoas na vida cotidiana. De modo geral ele é pontual, não propenso a ataques de fúria nem a apaixonar-se compulsivamente etc.
10. Para o analista, há uma clara demarcação entre fato e fantasia, de modo que sonhos agressivos não o magoam.
11. É possível contar com a ausência da retaliação.
12. O analista sobrevive.

Comentário: A comparação dessa descrição do *setting* freudiano com aquela do *setting* que Winnicott prescreve para o atendimento de pacientes com distúrbios do tipo pré-EU SOU (os esquizofrênicos ou os fronteirizos), por assistentes sociais psiquiátricos, revela algumas das diferenças importantes que separam o paradigma freudiano daquele proposto por Winnicott.

4.2.7 Comportamento no setting acompanhado de interpretação

V 1954/2000, p. 383

Muitas outras coisas poderiam ser ditas, mas a história toda pode ser resumida na ideia de que o/a analista se comporta, e o faz sem muita dificuldade simplesmente por ser uma pessoa relativamente madura. Se Freud não se comportasse bem, não lhe teria sido possível desenvolver a técnica da psicanálise, ou sua teoria, para a qual a técnica o conduziu. Isto é verdade, independentemente do quão inteligente ele era então. O ponto central aqui é o de que praticamente cada um desses detalhes pode ser de extrema importância numa dada fase da análise que envolva alguma regressão do paciente.

Há aqui um rico material para estudo, e pode-se notar que existe uma semelhança marcante entre todas estas coisas e as tarefas comuns dos pais, especialmente as da mãe com seu bebê ou do pai que desempenha o papel de mãe, e em certos aspectos também com as tarefas da mãe no início propriamente dito.

Comentário: O comportamento no *setting* faz parte do manejo da situação e, quando adequado, tem fortes semelhanças com o *holding* parental (ver ainda considerações adicionais no que segue).

4.2.8 Normas para manejo no setting analítico tradicional

W 1955a/2000, p. 395

Sempre que há um ego intacto e o analista pode ter certeza sobre a qualidade dos cuidados iniciais, o *setting* analítico revela-se menos importante que o trabalho interpretativo. (Por *setting* entendo o somatório de todos os detalhes relativos ao manejo [management].) Ainda assim, existe um conjunto de normas de manejo na análise comum razoavelmente aceito por todos os analistas.

Comentário: Na análise “comum”, o conjunto de normas de manejo continua em constante discussão porque não existe clareza, como em Winnicott, quanto ao objetivo a atingir.

4.2.9 Elemento assistencial na análise padrão

X 1962a/1983, p. 153

[...] antes se deve lembrar o fato de, em muitos casos, o analista deslocar influências ambientais que são patológicas, e nós adquirimos *insight* que nos possibilita saber quando nos tornamos os representantes no tempo presente das figuras paternas da infância e meninice do paciente e quando, em contrapartida, estamos deslocando tais figuras.

Comentário: Deslocar figuras patógenas do ambiente, revestir-se de papéis de figuras do passado e, ao fazer isso, deslocar essas figuras do lugar que ocupavam são atividades típicas de manejo na situação terapêutica, essencialmente diferentes das atividades executadas por mecanismos mentais. De modo geral, o tratamento winnicottiano tende a substituir trabalhos com base em processos mentais, dando prioridade à ativação e à modificação de relacionamentos efetivos interpessoais de base somática.

4.2.10 Outros métodos para o tratamento das neuroses que não recorrem à verbalização.

Y 1956a/2000, pp. 420-421

No tratamento temos diversos métodos à nossa disposição:

1. Algumas vezes conseguimos modificar o ambiente imediato, proporcionando aos pais uma compreensão tal que eles passam a realizar o que antes não podiam. Isto, porém, não leva à imediata cessação dos sintomas. Na verdade, a melhora do ambiente emocional pode levar a um aumento nos sintomas, porque a criança precisa de espaço para atuar amostras de suas fantasias e para descobrir o si-mesmo [*self*] através do brincar.

2. Um grande alívio é alcançado por mudanças corriqueiras: a criança pode ser enviada para fora nas férias, ou para uma escola mais adequada, ou melhorando-se as condições de trabalho da mãe sobrecarregada, mobilizando um tio ou tia arredios, comprando um cachorro etc. etc. Mas não é necessário discutir muito este ponto. Basta enfatizar a tremenda complexidade de cada situação humana e a necessidade de máxima humildade ao fazermos planos para a vida de outra pessoa.

Comentário: Os “métodos” indicados pertencem claramente ao conjunto de provisões que caracterizam o manejo “psiquiátrico” winnicottiano (ver a seguir).

4.2.11 Exemplo: o caso Kathleen

Neste caso, a paciente, diagnosticada por Winnicott como neurótica, foi tratada durante anos pelo manejo assistencial organizado espontaneamente pela mãe, uma pessoa simples, que se estabeleceu como terapeuta principal e que, contando com setores do ambiente social, transformou a família inteira em uma instituição do tipo hospitalar. Winnicott atuou como terapeuta auxiliar, disponibilizando apenas algumas poucas e curtas sessões a Kathleen e limitando-se basicamente a dar apoio à mãe. Para uma análise estrutural do caso, ver Loparic, 2023b.

4.3 Poder e limitações da análise padrão mesmo reformulada

4.3.1 Quando a interpretação pode ser dispensada

Z 1962b/1983, p. 226

O surpreendente é que uma interpretação pode levar a uma mudança e se pode apenas presumir que a compreensão em nível profundo e a interpretação no momento exato são formas consistentes de adaptação. Neste caso [o da paciente que sonhou com uma tartaruga], por exemplo, a paciente se tornou capaz de enfrentar minha ausência porque sentiu (em um nível) que agora ela não estava sendo aniquilada, mas, de modo positivo, estava sendo mantida em existência por ter uma realidade como objeto de meu concernimento. Um pouco mais tarde, em uma dependência mais completa, a interpretação verbal não seria suficiente, ou poderia ser dispensada.

Comentário: O concernimento é uma atitude que pode ter sido mobilizada pela interpretação, mas é diferente desta.

4.3.2 Os perigos da interpretação no tratamento da psicose de transferência

AA 1963c/1983, pp.171-172

Mais perigoso, contudo, é o estado de coisas na análise em que o analista é deixado, pelo paciente, atingir as camadas mais profundas da personalidade do analisando devido a sua posição como objeto subjetivo, ou devido à dependência do paciente da psicose de transferência; aí há perigo de o analista interpretar, ao invés de esperar que o paciente descubra criativamente. É somente aqui, no lugar em que o analista ainda não mudou de objeto subjetivo para um que é objetivamente percebido, que a psicanálise é perigosa, e o perigo é tal que pode ser evitado se sabemos como nos comportar. Se esperamos nos tornamos percebidos objetivamente no devido tempo pelo paciente, mas se falhamos em nos comportar de modo que facilite o processo analítico do paciente (que é o equivalente ao processo maturativo do lactente e da criança) subitamente nos tornamos não eu para o paciente, e então sabemos demasiado, e ficamos perigosos porque estamos demasiado próximos na comunicação com o núcleo central quieto e silencioso da organização do ego do paciente.

Comentário: A interpretação pode não ser suficiente nem mesmo oportuna, pode inclusive ser perigosa para o andamento do tratamento.

4.3.3 Casos que revelam a ineficácia da análise padrão mesmo reformulada

Apresento alguns exemplos de “casos errados”, isto é, não tratáveis pela análise padrão. Uma lista mais extensa será apresentada no que segue.

a) Casos de esquizoidia.

AB 1963a/1983, p. 216

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

Comentário: No essencial, o trabalho terapêutico com os esquizoides não consiste exclusivamente na aplicação da análise padrão, mesmo reformulada, mas na provisão ambiental – trabalho que, estritamente falando, não pode ser realizado pelos procedimentos da psicanálise tradicional. Com efeito, o tratamento de pacientes esquizoides inclui, como ingrediente importante, e mesmo essencial, aspectos do cuidado de bebês pelas mães ou berçaristas.

AC 1948/2000, p. 250

Em termos da prática do manejo, tenho certeza de que aqueles que cuidam de bebês (refiro-me às mães e às enfermeiras de berçário) podem ensinar algumas coisas àqueles que manejam regressões esquizoides e estados confusionais de pessoas de qualquer idade. A provisão de um ambiente estável e ainda assim pessoal, de afeto, de proteção contra o inesperado e o imprevisível, o fornecimento da comida de um modo confiável e nas horas certas (ou de acordo com os caprichos do paciente), estas coisas poderiam ajudar a enfermagem de estados esquizoides.

Comentário: Mostrarei a seguir, que, de acordo com Winnicott, a gama inteira de atividades terapêuticas assistenciais (facilitadoras do amadurecimento) – que caracterizam a terapia winnicottiana concebida como alternativa à psicanálise padrão – pode ser vista como uma extensão do *holding* materno e parental.

b) Casos de distúrbio de caráter e fronteiriços

AD 1959-1964/1983, p. 115

(1) Ferenczi [...] contribuiu significativamente ao olhar para uma análise fracassada de um paciente com distúrbios de caráter não apenas como um fracasso na seleção, mas como uma deficiência da técnica psicanalítica. (2) A ideia implícita aí era que a psicanálise poderia aprender a adaptar sua técnica ao tratamento de distúrbios de caráter e casos *borderline* sem se tornar manejo, e sem mesmo perder seu rótulo de psicanálise.

Comentário: (1) Casos de distúrbio de caráter e de fronteiriços são outros exemplos que revelam as deficiências da técnica psicanalítica tradicional. (2) Winnicott dará um passo além de Ferenczi e proporá a tese revolucionária de que a terapia necessária, no caso, a terapia maturacional – acompanhada do manejo e do atendimento assistencial – é outra coisa que não a psicanálise.

a) Casos na clínica de acolhimento.

AE 1962d/1994, p. 59

Quando estamos vendo mães e bebês em uma clínica de acolhimento infantil [*welfare clinic*], alguns dos bebês que vemos já são doentes no sentido de que, quando crescerem, não serão aceitos para tratamento por uma psicanálise clássica. Eles podem ser, naturalmente, fisicamente muito saudáveis.

b) Nova patologia.

Estes casos trazem exemplos de problemas maturacionais gerados pelos fatores externos que não são reconhecidos nem teorizados pela psicanálise.

AF 1962d/1994, p. 59

Tal como o estou colocando de minha maneira limitada, talvez o problema, seja: é o bebê um fenômeno que possa ser isolado, pelo menos hipoteticamente, para observação e conceptualização? E estou sugerindo que a resposta é não. Quando voltamos o olhar para as nossas análises de crianças e adultos tendemos a ver mecanismos, antes que bebês. Mas se olharmos para um bebê, vemos um bebê que está sendo cuidado. Os processos de integração, de separação, de conseguir viver no corpo e de relacionar-se com objetos, são, todos eles, questões de amadurecimento e realização. Inversamente, o estado de não ser separado, de não ser integrado, de não estar relacionado a funções corporais, de não se achar relacionado aos objetos, este estado é muito real; temos de acreditar nestes estados que pertencem à imaturidade. O problema é: como o bebê sobrevive a tais condições?

Comentário: Com hesitação apenas retórica, Winnicott retoma a tese central do seu artigo de 1959-1964, segundo a qual o diagnóstico de distúrbios maturacionais precoces não pode ser formulado em termos de mecanismos mentais estudados pela psicanálise, freudiana ou pós-freudiana, e o tratamento desses distúrbios não pode ser realizado com êxito pela técnica ortodoxa (verbalização e interpretação), praticada na atitude profissional (trabalhar marcando distância do paciente), tal como definida por Freud. Diante dessa constatação dos limites da psicanálise, ou se deixa os distúrbios em questão fora do tratamento ou se faz outra coisa que não a psicanálise. Winnicott, médico dos bebês e das crianças, optou pela segunda alternativa e desenvolveu uma clínica maturacional revolucionária, que preconiza procedimentos de tratamento diferentes (manejo psicoterápico e atendimento provido por assinantes e trabalhadores sociais) e propõe uma nova atitude terapêutica distinta (envolvimento com o paciente em termos de trocas espontâneas e criativas – o “brincar” –, de espelhamento e de identificação cruzada, isto é, de resposta assistencial total), ao mesmo tempo que preserva a prática psicanalítica na versão reformulada e a aplica a grupos limitados de patologias.

a) Modelo para a novas maneiras de atendimento.

AG 1962d/1994, p. 60

Ao preparar este trabalho, descobri haver alcançado uma compreensão mais profunda da que havia tido antes da função dos pais em termos deste problema, da maneira pela qual os bebês sobrevivem à imaturidade.

b) Uma vinheta.

Winnicott chamou, repetidas vezes, a atenção para as insuficiências da análise padrão e, num texto programático, as exemplificou por meio dos problemas encontrados no tratamento caso de Little, uma paciente autodiagnosticada como fronteira, por um analista que trabalhava no *setting* individual e praticava a análise padrão.

AH 1964a/1994, p. 78

Permitam-me dar um exemplo muito grosseiro. (1) Uma paciente minha foi ver um analista, (2) muito rapidamente ganhou confiança nele e, portanto, começou a cobrir-se com uma manta e a ficar deitada no divã, enroscada sobre si mesma, sem nada acontecer. Este analista lhe disse: “Sente-se! Olhe para mim! Fale! Você não vai ficar deitada assim sem fazer nada, pois nada acontecerá!” A paciente achou que isto era uma coisa boa da parte do analista. (3) Ele reconheceu diretamente que não poderia atender às necessidades básicas dela. (4) Ela sentou-se e falou e deu-se muito bem com o analista, com base em um interesse mútuo por arte moderna. Olhavam livros juntos e falavam sobre coisas muito profundas. (5) Tratava-se de uma questão de como afastar-se desse analista e ela apegou-se a ele até poder encontrar outro que não lhe dissesse para endireitar as meias. Não tinha ressentimentos a respeito deste tratamento fracassado, porque o analista nunca fingira poder fazer o que era incapaz de fazer. Ele não teria tido possibilidade de atender às necessidades dela, que, uma vez iniciadas, tornaram-se muito exigentes.

(6) Naturalmente, a paciente não estava ciente de tudo isto; seu insight era limitado, mas possuía algum, o bastante para fazê-la saber como escolher um analista que adotasse uma atitude diferente e, pelo menos, fizesse uma tentativa de atender-lhe as necessidades básicas.

(7) Eu ficaria muito contente se o fato de falar a respeito deste assunto levasse analistas a conscientemente agir como o analista referido agiu, informando ao paciente, tão cedo quanto possível, que o que ele precisa não pode ser fornecido.

Comentário: (1) Tudo nos leva a crer que a paciente era M. Little e que o analista em questão era o Dr. X, talvez com alguns traços de E. Sharpe (Little, 1990/1992, capítulos 3 e 4). (2) A paciente sente-se confiante e regride. O analista usa a análise padrão. (3) Ele se dá conta de que não tem condições de atender às necessidades da paciente, mostradas na transferência. (4) A análise vira conversação sobre assuntos sem conexão com o caso; o analista reconhece suas limitações em compreender e ajudar a paciente. (5) A paciente constata o fracasso da análise e decide parar. (6) A paciente tem uma estrutura de personalidade suficientemente bem estabelecida (falso si-mesmo cuidador) para procurar um analista diferente, nesse caso Winnicott, que entenda e, ao menos, se disponha a atender suas necessidades básicas. (7) Elogio ao analista que reconhece suas limitações.

4.3.4 Uma classificação de casos não tratáveis pela análise padrão mesmo reformulada

AI 1962a/1983, p. 154

[Mesmo sendo psicanalista, eu não faço análise padrão] quando me defronto com certas condições que aprendi a reconhecer [a saber]:

(a) Quando o temor da loucura domina o quadro.

(b) Quando um falso si-mesmo se torna bem-sucedido e a fachada de sucesso, mesmo brilhante, tem de ser demolida em alguma fase para a análise ter êxito.

(c) Quando, em um paciente, uma tendência antissocial. seja em forma de agressão, roubo ou ambas, é o legado de uma privação [*deprivation*].

(d) Quando não há vida cultural, somente uma realidade psíquica interna e um relacionamento com a realidade externa, estando as duas relativamente desconectadas.

(e) Quando uma figura paterna ou materna doente domina o quadro.

Comentário: A sintomatologia que serve de base para a classificação dos distúrbios dos grupos (a) a (e) acima – que não são teorizados na psicanálise padrão e são considerados “errados”, ou seja, não suscetíveis de tratamento – consta de organizações de defesas contra

impactos durante o processo de amadurecimento, decorrentes da privação ou da deprivação, resultantes de fatores externos, ao longo das cinco linhas do estabelecimento da estrutura da personalidade. A teoria desse impacto, núcleo central da patologia winnicottiana, não é a psicanálise, teoria dos mecanismos mentais operados pelo aparelho psíquico do tipo freudiano, mas “algo que é muito importante para eles [os psicanalistas]” (1962d/1994, p. 59), a saber, a realização espontânea e criativa, ajudada por um ambiente facilitador, do potencial herdado na natureza humana, no tempo do amadurecimento. As patologias do grupo (a) são defesas que assinalam a loucura (desintegração ativa ou cisão da personalidade) do período pré-EU SOU. Os distúrbios do grupo (b), essencialmente os fronteirios, originam-se no mesmo período, embora se revistam de defesas que incluem aquisições maturacionais de estágios posteriores, arregimentadas pelo falso si-mesmo, ele próprio sendo o principal sinal da cisão. Os do grupo (c) e (e) são os clássicos antissociais winnicottianos, com problemas de personalidade e de socialização, cujo surgimento não tem datação fixa. O grupo (d) agrega distúrbios que ocorrem no espaço potencial e revelam efeitos da deprivação nos processos culturais (a linha 5). Todos os grupos contêm tanto os casos de problemas puros, referentes a uma única linha, quanto os mistos, resultantes da interseção entre elas. A seguir, comentarei os textos de Winnicott sobre o tratamento psicoterápico e assistencial dos distúrbios dos grupos (a), (c) e (e). Por ser complexo e não relacionado diretamente ao manejo ou ao trabalho social, o estudo do tratamento não analítico de distúrbio do grupo (d) será deixado para outra oportunidade.

Uma breve seção será dedicada aos distúrbios que não são gerados pelo impacto ambiental sobre essa ou aquela linha do amadurecimento, mas pela exposição de indivíduos e grupos inteiros em amadurecimento a disrupções decorrentes de acontecimentos sociais e naturais:

AJ 1965b/1994, p. 114

(1) [...] Por fim, o trauma é a destruição da pureza da experiência individual por uma demasiada intrusão súbita ou imprevisível de fatos reais, **(2)** e pela geração de ódio no indivíduo, ódio do objeto bom experienciado não como ódio, mas delirantemente, como sendo odiado.

Comentário: (1) Para entender o significado da expressão “destruição da pureza da experiência individual” convém considerar o que Winnicott diz sobre as “impurezas do humor depressivo”, resultantes da intervenção de outros fatores que não os responsáveis pelo humor depressivo (1963e/1999, p. 66). Os traumas do tipo E não incidem sobre uma determinada linha do amadurecimento, mas imiscui no processo de amadurecimento como tal – seja do indivíduo seja de uma sociedade inteira – dinâmicas defensivas de um tipo totalmente diferente. São gerados por fatos reais, tais como deficiências herdadas ou congênitas, acidentes físicos, guerras, em particular as guerras civis, pandemias e acidentes de todos os tipos que atingem

indivíduos, grupos e sociedades. Um exemplo desse tipo de trauma encontra-se no caso Jill e Hannah (ver a seguir). (2) O ódio do objeto ou evento perturbador agrava o trauma.

4.3.5 Em busca de práticas alternativas

a) Modificações do terapeuta.

AK 1962a/1983, p. 154

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. Acredito que este trabalho não analítico [*non-analytic work*] pode ser melhor feito por um analista que é versado na técnica psicanalítica clássica.

Comentário: Diante de casos dos tipos mencionados – que apresentam necessidades diferentes das de pacientes neuróticos –, Winnicott recorre ao trabalho não analítico que é basicamente o manejo, tanto individual quanto o realizado em termos de atendimento assistencial, da situação e da dinâmica de relacionamentos entre os atores envolvidos, com ou sem intervenção, por meio da análise padrão reformulada, o que será ilustrado pelo material clínico.

Leitura complementar:

A condição fundamental para o trabalho não analítico do tipo winnicottiano não é a formação em psicanálise, mas um determinado tipo de estrutura de personalidade. Com efeito:

AL 1971a/1984, p. 10

Se soubéssemos como escolher convenientemente, saberíamos como selecionar aqueles que são apropriados para realizar o trabalho que descrevo neste livro, mesmo quando o treinamento psicanalítico não é acessível. Por exemplo, alguém pode dizer que deve ser evidente a capacidade de identificar-se com o paciente sem perder a identidade pessoal; o terapeuta deve ser capaz de conter os conflitos dos pacientes, ou seja, contê-los e esperar pela sua resolução no paciente, em vez de procurar ansiosamente a cura; deve haver uma ausência da tendência a retaliar sob provocação.

Comentário: Trata-se da capacidade de identificação cruzada, que é o componente essencial do relacionamento terapêutico winnicottiano, bem como da grande parte de inter-relacionamentos humanos (1971b/1975, p. 185).

a) Novo objetivo e nova prática.

AM 1962a/1983, p. 155

Se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas fazendo outra coisa [*practicing something else*] que acreditamos ser apropriado para a ocasião. E por que não haveria de ser assim?

Comentário: Esse trabalho não analítico consiste em fazer outra coisa que verbalizar e interpretar, a saber, em prover provisão ambiental necessária para que o paciente possa voltar a realizar sua tendência à integração. Não analítico, esse trabalho de atendimento assistencial, que faz parte do tratamento psicoterápico winnicottiano, tampouco é “sintético”, isto é,

integrador propriamente dito, antes, ele propicia e facilita a integração a ser executada pelo próprio paciente. Com efeito:

AN 1962b/1983, p. 226

Sabemos ainda que uma experiência ambiental corretiva não cura diretamente o paciente mais do que um mau ambiente causa diretamente a estrutura da doença.

a) Uma prática a explorar: atendimento assistencial.

AO 1959a/1983, p. 147

Há uso muito mais amplo dos fenômenos de transferência na psicanálise que em trabalho social (psiquiátrico), por exemplo. Isto dá uma vantagem terapêutica ao analista sobre o trabalhador social, mas é necessário lembrar que há vantagens que permanecem com o trabalhador assistencial geral, que, atendendo as funções do eu do paciente, está em posição melhor para se relacionar com as necessidades de provisão social do eu do paciente. Como analistas, estamos frequentemente envolvidos nisto que não é nossa função. [...] Em assistência social [*in social work*] (psiquiátrica) um paciente pode dizer ao assistente social [*to the worker*]: “Você me lembra minha mãe”. Nada mais precisa ser feito a respeito disso, bastará à assistente social acreditá-lo.

Comentário: Aqui está sendo usado implicitamente um conceito de transferência que não é o de transferência neurótica, mas o de relacionamento de dependência, mais amplo que o de transferência psicótica, ponto que mereceria maiores estudos sobre as variedades da transferência em Winnicott.

5. Modificação revolucionária da análise padrão mesmo reformulada: inclusão do manejo nos procedimentos da terapia winnicottiana

Passo agora a examinar o manejo, prática que a experiência levou Winnicott a incluir na sua clínica maturacional como parte do procedimento padrão, e que logo foi estendida para incluir atendimentos assistências de diferentes tipos.

5.1 A importância do *setting*, isto é, do manejo (management) nesse trabalho

AP 1955a/2000, p. 395

No trabalho que estou descrevendo, o *setting* torna-se mais importante que a interpretação. A ênfase é transferida de um aspecto para o outro.

Comentário: Mudança da cura pela palavra (*talking-cure*) para a cura pelo cuidado (*care-cure*).

AQ 1964a/1994, p. 77

Em alguns casos, contudo, revela-se ao final, ou mesmo de começo, que o *setting* e a manutenção dele são tão importantes quanto a maneira pela qual se lida com o material. Em alguns pacientes, com um certo tipo de diagnóstico, a provisão e a manutenção do *setting* são mais importantes que o trabalho interpretativo. Quando isto se dá, podemos sentir-nos desafiados e é inteiramente possível que a coisa certa a fazer seja encerrar o tratamento, pelo motivo de não se ser capaz de atender às exigências do paciente.

Comentário: O uso adequado do manejo depende de condições pessoais e institucionais do terapeuta ou terapeutas (ver no que segue).

5.2 Sustentação (*holding*) maternal e familiar como paradigma para o manejo psicoterapêutico (“psiquiátrico”) profissional

AR 1962b/1983, p. 227

(1) A psicanálise, como aprendemos, não é de forma alguma igual ao cuidado da criança. De fato, os pais que interpretam o inconsciente para seus filhos estão se preparando para mau tempo. (2) Mas na parte de nosso trabalho como analistas a que estou me referindo, não há nada do que fazemos que não esteja relacionado com o cuidado do lactente e da criança. Nesta parte de nosso trabalho, podemos, na verdade, aprender o que fazemos por sermos pais, por termos sido crianças, por observar mães com bebês muito pequenos ou que ainda não nasceram, por correlacionar falhas dos pais com estados clínicos subsequentes de crianças doentes. Embora saibamos que a doença psiconeurótica não é causada pelos pais, sabemos também que a saúde mental da criança não se pode estabelecer sem cuidado paterno ou materno suficientemente bons.

Comentário: (1) Inaplicabilidade do procedimento de interpretação da psicanálise tradicional. (2) Manejo psicoterápico como extensão do *holding* materno e parental.

AS 1964a/1994, p. 77

No caso comum, estamos nos aproveitando do trabalho efetuado pelos pais, particularmente pela mãe, no início da infância e na primeira infância do paciente. Não foi muito difícil à mãe adaptar-se às necessidades de seu bebê, porque só precisou fazê-lo durante um período relativamente curto, uns poucos meses, e, usualmente, isto é o que ela gosta de fazer. Sabe também que, com o decurso do tempo, recuperará sua própria independência.

Comentário: Usar os cuidados maternos como paradigma implica a capacidade de identificação cruzada com o paciente, um traço da personalidade do terapeuta winnicottiano necessário para seu bom desempenho, que precisa e pode ser desenvolvido na história pessoal, mas que não pode ser ensinado senão por exemplos, encontrados na vida real ou nos casos clínicos de Winnicott.

5.3 Princípios-base para a teoria do manejo psicoterapêutico

A teoria do manejo é baseada na teoria do amadurecimento

AT 1964a/1994, p. 80

Princípios

A teoria deste trabalho [realizado em termos de manejo] depende de certos princípios. Eles já foram formulados e, uma vez formulados, pode-se ver que são, em grande parte, óbvios.

O enunciado básico é que o desenvolvimento emocional constitui um processo de amadurecimento ao qual se adiciona um crescimento baseado na acumulação de experiências.

O processo maturacional é o que é herdado.

Ele não se torna real, exceto em um meio ambiente facilitador.

O meio ambiente facilitador precisa ser estudado em relação aos detalhes do processo maturacional.

Comentário: Estes princípios são alguns dos elementos básicos da teoria do amadurecimento.

AU 1962c/1983, p. 59

Parece possível relacionar [os] três fenômenos do crescimento do ego com três aspectos do cuidado do bebê e da criança:

Integração corresponde ao sustentar [*holding*].

Personalização, ao manuseio [*handling*].

Relacionamento objetal à apresentação de objetos [*object-presenting*].

Comentário: Os três “fenômenos” em questão – a integração, a personalização e o relacionamento objetal – são chamados de “*trends*”, tendências. Pode-se argumentar que as duas últimas são variedades de integração. Todas atuam na linha 1 do estabelecimento da personalidade.

5.4 O que o manejo psiquiátrico individual na clínica de pacientes individuais não faz

a) O manejo não provê experiências de satisfação corretivas.

AV 1964a/1994, p.78

No tipo de caso de que estou falando, nunca se trata de dar satisfações, à maneira ordinária de sucumbir a uma sedução. É sempre que se proporciona certas condições, pode-se trabalhar, e se não se as fornece, não se pode, e poder-se-ia igualmente nem tentar. O paciente não se acha lá para trabalhar conosco, exceto quando fornecemos as condições que são necessárias.

Comentário: Não se trata de fornecer, sucumbindo à sedução do paciente, satisfações corretivas dos efeitos da privação ou deprivação. As condições necessárias podem ser penosas.

b) Pelo contrário.

AW 1969a/2005, p. 217

O analista deve ter temperamento adequado para esse tipo de trabalho mais profundo, que nem sempre é bem-sucedido em termos de cura. Se o paciente sente que isso vale a pena ser feito, então isso vale a pena ser feito, a despeito do fato de que cada estágio que pode ser chamado um avanço coloca o paciente em contato mais íntimo com a dor. Em outras palavras, o paciente renuncia às defesas, e a dor, contra a qual as defesas foram organizadas, está sempre lá. Esse tipo de trabalho, como assinali ao falar sobre o tratamento de crianças psicóticas, poderia ser descrito como cruel. Quando ele é bem-sucedido, é claro, a crueldade e o sofrimento são esquecidos.

Comentário: O colo do analista que acomoda a regressão à dependência precisa, sim, defender o paciente de intrusões adicionais, mas não deve impedir o acesso experiencial ao acontecimento que gera suas agonias impensáveis; pelo contrário, precisa dar suporte para que o paciente possa chegar a novas experiências, *cada vez mais dolorosas*, que o levem em direção a esse acontecimento (1965a/1994, pp. 100-101).

c) Entretanto.

AX 1962b/1983, pp. 232-233

Naturalmente, a prática de uma boa técnica psicanalítica *pode* por si só ser uma experiência corretiva e, por exemplo, na análise um paciente pode, pela primeira vez na vida, conseguir a atenção total de outra pessoa, ainda que limitada à consistentemente estabelecida sessão de cinquenta minutos; ou pode, pela primeira vez, estar em contato com alguém que é capaz de ser objetivo.

5.5 Um exemplo: manejo não profissional de casos pré-EU SOU (categoria (a))

AY 1961b/2012, p. 268

Quando doenças desse tipo necessitam de tratamento, precisamos possibilitar que o paciente tenha experiências que corresponderiam mais propriamente à infância, em condições de extrema dependência. Vemos que tais condições podem ser encontradas fora da psicoterapia organizada, por exemplo, nas amizades, nos cuidados de enfermagem que podem ocorrer por motivo de doenças físicas; e em experiências culturais, inclusive as assim chamadas religiosas.

Comentário: A intervenção da assistência social psiquiátrica no tratamento desse tipo de caso será analisada a seguir.

5.6 Descrição de Little do sustentar (*holding*) winnicottiano

O *setting* freudiano, mesmo reformulado por Winnicott, não atende às necessidades de tratamento de pacientes com distúrbios pré-EU SOU, por exemplo, às dos fronteirços, fato clínico que pode ser visto como uma anomalia do paradigma winnicottiano usado para tratamento no *setting* entre quatro paredes. M. Little, que se autodiagnostica como fronteira, descreve da seguinte maneira a aplicação dada por Winnicott do manejo individual nesse espaço:

AZ Little, 1990/1992, p. 46

DW utilizava a palavra “*holding*” tanto *metafórica* como *literalmente*. Metaforicamente, ele “segurava” [fazia *holding*] a situação dando apoio e sustentação, e mantendo contato em todos os níveis com tudo o que estivesse acontecendo dentro e no entorno do paciente e no relacionamento com ele.

Literalmente, ao longo das muitas horas em que segurou minhas mãos entre as suas, quase como um cordão umbilical, enquanto eu permanecia deitada, talvez escondida sob o cobertor, calada, inerte, retraída, pávida, com raiva ou em lágrimas, dormindo e às vezes sonhando.

BA Little, 1990/1992, pp. 46-47

“*Holding*” do qual o “manejo” é sempre parte, significa assumir plena responsabilidade, suprir qualquer força do ego que o paciente não consiga encontrar em si e ir retirando-a pouco a pouco à medida que ele vai se mostrando capaz de tomar conta. Em outras palavras, *holding* é fornecer um “ambiente facilitador” [...] no qual é seguro *ser*.

BB Little, 1990/1992, p. 88

A regressão à dependência é um “processo de cura” [...] originado não no analista, mas naquela parte do analisando, seu “verdadeiro si-mesmo” [...], que ainda tem esperança de reverter a falha original, encontrando no analista adaptação suficiente para suas necessidades. “Tratamento” é necessário, não “técnica”, e comportamento e manejo intuitivos, não interpretação verbal.

BC Little, 1990/1992, p. 89

Manejo é necessário. O *setting* analítico proporciona conforto físico, calor humano, sossego e ausência de interrupções em geral. O conforto emocional também está presente na atitude de aceitação, encorajamento e resposta do analista, que às vezes pode ser ativa ou, com mais frequência, neutra. Em um paciente gravemente perturbado, estas são *necessidades* absolutas [...], não algo desejável; e, quando atendidas, têm efeito interpretativo, como os “sinais sutis” que uma mãe vive lançando ao seu bebê.

5.7 Limitações do manejo individual psicoterápico winnicottiano

A própria Little observou e descreveu as limitações da provisão ambiental oferecida por Winnicott em termos do manejo. Embora sua históriação permitisse uma profunda compreensão do caso (Little fala em “revelação” sobre o fato de ter sido psicologicamente aniquilada por uma mãe caótica), seu manejo, oferecido no *setting* individual particular e mesmo fora dele, não deu conta das necessidades de Little de provisão ambiental. O atendimento assistencial fornecido por uma enfermeira no *setting*, em parte organizado por

Winnicott, de um hospital psiquiátrico, acabou por alcançar esse objetivo e iniciou a fase final do caso.

BD Little, 1990/1992, pp. 61-62 e 63

(1) Pela manhã, fui transferida para um quarto aberto, numa ala trancada, e a Irmã responsável veio me ver. Mais tarde, banhada, alimentada e cuidada como um bebê, fui acomodada no quarto onde haveria de permanecer pelo restante da minha estadia.

(2) Em minhas sessões com DW, ele cuidava de mim “simbolicamente” como um bebê; toda sessão terminava com café e biscoitos e ele sempre abria a porta para mim, zelava que eu estivesse aquecida e confortável, fornecia lenços de papel etc. Mas aqui ocorrera uma plena “regressão à dependência”, uma extensão do que ele me proporcionara. E DW se manteve em contato constante com o hospital e me enviava cartões postais informando onde estava.

(3) O atendimento hospitalar era completo e as interferências, mínimas; tudo me era fornecido e nenhuma exigência era feita. Eu passava o tempo dormindo, lendo, escrevendo e pintando, às vezes nas paredes do meu quarto; brincando, na verdade. Vagueava pelo jardim e perambulava pelas ruas; se chovesse, uma assistente de enfermagem ia me buscar com um guarda-chuva e um impermeável. Quando fiquei com bolhas nos pés, a Irmã fez um curativo e disse: “Você deveria ter telefonado pedindo que fossem buscá-la de carro”.

(4) Podia haver angústia ou perturbações ao meu redor, mas o lugar continuava a ser, me amparando e cuidando de mim, tranquilo e aparentemente impassível. (5) (Nada poderia ser mais diferente de meu ambiente inicial. Lembrei-me de um dia em 1944, quando Ruth e eu estávamos visitando nossos pais; não houve um só momento em que nós quatro ficassemos sentados juntos por cinco minutos, pois alguma coisa sempre tinha de ser feita ou apanhada. Talvez não tenha sido assim tão ruim, mas naquela época eu era bem menos capaz de lidar com aquilo do que agora [...])

(6) Mas eu não poderia aceitar viver assim por muito tempo. O simples fato de ter de estar lá me deprimia sobremaneira e, certo dia, vendo um pedaço de corda no jardim, voltei a pensar em suicídio. Porém, num lampejo, percebi que não seria uma solução real, apenas uma vitória para o mundo louco contra o qual vinha me debatendo a vida inteira e ao qual, vezes demais, eu aquiescera [...], para não dizer um verdadeiro gesto de loucura. Nunca mais voltei a pensar nisso e retornei da regressão para a vida comum.

Comentário: (1) Little foi colocada num *setting* hospitalar onde recebeu atendimento assistencial. (2) Comparação entre o manejo oferecido por Winnicott no seu *setting* individual e o atendimento assistencial provido por enfermeira no *setting* hospitalar, com ênfase nas vantagens do segundo. (3) Detalhes sobre as atividades e a movimentação da paciente, favorecidos pelo atendimento assistencial. (4) Importância, não tanto da perfeição do manejo, mas da continuidade do manejo e da proteção contra intrusões. (5) Comparação com o ambiente familiar disruptor, que, entretanto, não é objeto direto do atendimento fornecido como nos casos de manejo “reativo”. (6) Oscilações frequentemente observadas, terminando com o predomínio da tendência à integração e com a paciente tendo condições para integrar o relacionamento com o mundo externo.

Uma segunda dificuldade da concepção do manejo como provisão ambiental oferecida em um *setting* freudiano – por um terapeuta individual no relacionamento terapêutico a dois – é apresentada pelos casos de deprivação, intrusão ambiental que pode ocorrer a qualquer idade (mesmo, na forma de deprivação relativa, nos estágios pré-EU SOU) e gerar tendência que

conduz a comportamentos antissociais ou à depressão reativa (ver o caso Piggie). Estes casos não dizem respeito a disfunções do aparelho psíquico do tipo freudiano e não podem ser tratados no divã por *talking-cure* (com regras do tipo: “diga tudo sem censura”). Exigem, em geral, atuação assistencial de vários terapeutas, apoio institucional e uma temporalidade específica. Com efeito, a terapia precisa ser realizada fora das quatro paredes do consultório psicanalítico tradicional e não ser submetida a restrições impostas pelo tempo cronometrado. A solução natural é que o tratamento seja encaminhado para uma das formas concretas do espaço potencial winnicottiano, tal como os *settings* da assistência social, e confiado a agentes de saúde que atuem de forma competente em tais configurações de relacionamentos humanos. Em suma, no mesmo espaço da vida cotidiana em que acontece a deprivação.

No presente contexto, convém levar em conta o seguinte ponto da maior importância: a *prevenção* do que quer que seja só pode ser feita em termos de provisão social. Diferentemente de Freud, Winnicott propõe procedimentos de prevenção da neurose⁸, isto é, de conflitos internos patógenos, ao passo que sua teoria sobre os ambientes trata tanto da facilitação quanto da prevenção de falhas externas (privação e deprivação). Definitivamente, a terapia winnicottiana, tanto a interventiva quanto a preventiva, precisa ser liberada das limitações do espaço-tempo terapêutico freudiano.

6. Extensão do manejo individual psicoterápico para a assistência social psiquiátrica

6.1 Atendimento assistencial de caso como mais uma extensão do *holding* maternal e familiar

BE 1967a/1999, p. 10

(1) Neste ponto, minha tendência é pensar em termos de “sustentação” [*holding*]. Isso vale para o “sustentar” físico na vida intrauterina, e gradualmente amplia seu alcance, adquirindo o significado da totalidade dos cuidados adaptativos em relação à infância, incluindo a forma de manuseio [*handling*]. (2) No fim, esse conceito pode-se ampliar a ponto de incluir a função da família, e conduz à ideia de atendimento assistencial de caso [*casework*], que é a base do trabalho social [*social work*]. (3) O “sustentar” pode ser feito, com sucesso, por alguém que não tenha o menor conhecimento intelectual daquilo que está ocorrendo com o indivíduo; o que se exige é a capacidade de se identificar, de perceber como o bebê está se sentindo.

Comentário: (1) Este texto oferece uma generalização do conceito de *holding* materno que inclui várias formas mais sofisticadas de manejo, tais como o manejo oferecido pelo pediatra individualmente. (2) O manejo praticado pela família, pelos assistentes sociais e, como veremos logo mais, o provido pelos psicoterapeutas, bem como (3) o praticado por indivíduos

⁸ “Na *prevenção* da neurose tentamos dar o que é necessário nos estágios iniciais da primeira infância, onde há muita dependência, e onde a mãe deita as bases da saúde mental da criança através do que ela faz a partir da sua devoção” (1956a/2000, p. 420).

sem formação específica teórica ou prática, desde que tenham adquirido a capacidade de identificação cruzada. A seguir, alisarei principalmente duas modalidades de manejo: a do psicoterapeuta – com formação em psicologia dinâmica winnicottiana – e a provida pelo assistente social – que divide a tarefa com o psicoterapeuta. Deixarei para o final as breves observações sobre o exame do manejo do tipo winnicottiano provido no atendimento médico, bem como sobre a provisão em termos de assistência generalizada que possa ser oferecida em ambientes como escolas, abrigos, tribunais, prisões etc.

Leituras complementares:

1. O sustentar materno

BF 1961b/2012, p. 269

Não só é muito importante o ato concreto de segurar um filho nos braços, e uma coisa delicada que só pode ser delicadamente feita pelas pessoas certas, mas também uma boa parte da criação do bebê consiste numa interpretação cada vez mais ampla da palavra “sustentação” [*holding*]. Sustentar acaba por incluir todo o trato físico com a criança, na medida em que é orientado no sentido de adaptar-se às necessidades dela. Gradualmente, a criança gosta que a soltem e isso corresponde à apresentação que lhe é feita do Princípio de Realidade, o qual, no começo, colide com o Princípio de Prazer (revogação da onipotência). A família continua esta sustentação e a sociedade sustenta a família. O trabalho realizado por um assistente social poderia ser descrito como o aspecto profissionalizado dessa função normal dos pais e das unidades sociais locais; uma “sustentação” [*holding*] de pessoas e situações, enquanto se dá uma oportunidade às tendências de crescimento.

2. Paradigma para o atendimento assistencial

BG 1970a/1999, p. 113

Aqui estamos [nós médicos] irmanados aos assistentes sociais, cujo termo “atendimento assistencial de caso” [*casework*] pode ser visto como uma extensão bastante complexa do uso da palavra “sustentação” [*holding*] e como uma aplicação prática do cuidar-curar [*care-cure*].

Comentário: Aqui, Winnicott refere-se aos assistentes sociais em geral.

Mostrarei adiante o que ele tem a dizer especificamente sobre os assistentes sociais que trabalham em equipes com psiquiatras infantis e o que esperar de um amplo espectro de assistentes sociais que fornecem provisão social para atender às necessidades maturacionais, não aquelas de pacientes encaminhados para tratamento por psiquiatras infantis.

6.2 Winnicott se autodefine como assistente social

BH 1959b/2011, pp. 178-179

(1) Minha atividade sempre esteve dividida entre quatro partes. Em primeiro lugar, sou médico num hospital pediátrico. Trata-se de uma tentativa de satisfazer uma função social num contexto ambulatorial; minha clínica, no Hospital Pediátrico de Paddington Green, tornou-se conhecida como uma espécie de lanchonete [*snack bar*] psiquiátrica.

(2) Minha segunda atividade se desenvolve no Departamento de Psicologia de Paddington Green, ao qual encaminho casos da lanchonete sempre que os assistentes sociais do

departamento estão com vagas para novos pacientes. Aqui, suponho que nosso trabalho possa ser definido como atendimento assistencial de caso [*casework*].

(3) Meu terceiro interesse tem sido a psicanálise de crianças e a formação de homens e mulheres para este trabalho.

(4) Por último, sempre houve minha clínica particular de psiquiatria infantil. [...] Em minha clínica particular de psiquiatria infantil, eu sou suponho um assistente social [*a caseworker*].

Comentário: (1) O atendimento psiquiátrico de Winnicott tinha comprometimento assistencial e acontecia num ambiente fornecido pelo próprio Winnicott. (2) O atendimento assistencial é compartilhado por Winnicott (“nosso trabalho”) com os profissionais de atendimento assistencial social. (3) Winnicott se diz envolvido com a formação na área de psicanálise infantil, termo usado aqui numa significação muito ampla, incluindo sua psiquiatria infantil particular como terapia afim, para um público de “homens e mulheres”, denominações que parecem referir-se a indivíduos com estruturas pessoais bem estabelecidas. (4) Winnicott chama sua psiquiatria infantil de modalidade de assistência social⁹.

6.3 Quando as interpretações são desnecessárias e o assistência social

BI 1964b/2005, p. 171

Ao tratamento psicanalítico [tradicional e adaptado por Winnicott] é acrescida uma quantidade variável de interpretação daquilo que, no indivíduo, está praticamente pronto a se tornar consciente, ou a ser lembrado; no tipo de caso que se presta ao trabalho social [*social work*], contudo, essas interpretações são desnecessárias. Do trabalho social, o psicanalista pode aprender (dentre outras coisas) que a interpretação não é a parte mais importante do trabalho nos casos em que o fracasso ambiental é relativamente importante na etiologia. No tratamento da psiconeurose – o campo adequado da psicanálise clássica – os fatores etiológicos importantes são os de conflito interno, não os de fracasso ambiental e, em tal trabalho, a interpretação daquilo que, dia após dia, está quase pronto para se tornar consciente continua, por assim dizer, a ser a dieta básica.

Comentário: Mais um trecho que acentua as especificidades de casos que convém tratar de forma independente ou mesmo exclusivamente pelo trabalho social, incluindo o atendimento assistencial de caso.

6.4 Diferença entre as tarefas da psicoterapia e do atendimento assistencial psiquiátrico

BJ 1959b/ 2011, p. 177

(1) Permitam-me começar por esclarecer o uso que fazemos do termo “atendimento assistencial de caso” [*casework*] no presente estado de nossa formação em serviço social [*social service*]. O atendimento de caso é descrito como um processo de resolução de problemas [*problem-solving process*]. (2) Um problema se apresenta e o termo “atendimento assistencial de caso” é usado para descrever a função total de uma agência específica no trato desse problema. (3) A psicoterapia é coisa totalmente diferente, e muitas vezes se desenrola sem que um atendimento assistencial de caso se desenvolva em paralelo, uma vez que o paciente infantil é apresentado por adultos que reconhecem nele um distúrbio, e o paciente adulto é capaz de realizar seu próprio atendimento de caso após livrar-se das inibições, compulsões, oscilações de humor e outros sintomas que derivam sua energia dos conflitos emocionais inconscientes.

⁹ Em Winnicott, 1955b/1994, pp. 225-229, encontram-se esclarecimentos importantes sobre a psicanálise de crianças de Winnicott e sua clínica particular em psiquiatria infantil.

Comentário: (1) Descrição da atividade de tratamento terapêutico que consiste em atendimento assistencial como processo de resolução de problemas de saúde, caracterização que vale para a atividade científica, em geral. (2) Quando surge um problema de saúde, fica a cargo do assistente social representar e exercer a função total de atendimento confiada a uma agência específica, tarefa que inclui o reconhecimento do problema como assistencial e a busca de uma solução que, mesmo personalizada, não pode, contudo, ser obtida por um terapeuta isolado. (3) A psicoterapia atua sobre problemas já reconhecidos de crianças ou adultos, seja por pais de crianças adoecidas, seja pelos adultos que fazem eles mesmos seu atendimento assistencial, e a solução tampouco requer apoio institucional. Os dois tipos de atendimentos, o assistencial e o psicoterápico, em geral, coexistem, são mutualmente dependentes, sendo que um não pode substituir o outro.

6.5 Quando cabe oferecer atendimento assistencial e não psicoterapia

BK 1970b/1997, p. 238

É importante reconhecer o meio ambiente não-suficientemente-bom o mais rapidamente possível, para não perdermos tempo com psicoterapia, quando o necessário é um atendimento especializado à criança. Isso muitas vezes significa um manejo alternativo temporário ou permanente – cuidados residenciais, cuidados substitutos ou adoção. Os assistentes sociais, de um tipo ou outro, são especialistas neste aspecto da prática da psiquiatria infantil. Sempre é necessário um “atendimento de caso” e o planejamento a longo prazo é comum.

Comentário: Winnicott sublinha a complementariedade entre atendimento assistencial e psicoterapia.

6.6 Mais sobre o atendimento assistencial

Oferecimento da provisão social é feito com o objetivo de facilitar o processo de amadurecimento:

BL 1959b/2011, p. 178

Dentre o atendimento assistencial de caso e a psicoterapia, o primeiro consiste especificamente numa provisão social [*social provision*], isto é, relaciona-se com uma atitude social que faz parte da vida da comunidade e do conceito atual do que seja a responsabilidade social. Além disso, o trabalho do profissional que faz atendimento de caso é afetado pela agência que lhe confere retaguarda profissional.

Comentário: “Ambiente facilitador” é o nome winnicottiano que cobre aspectos essenciais da provisão social assistencial.

6.7 Mais sobre as diferenças

BM 1959b/2011, p. 178

O profissional de atendimento de caso deve saber tanto quanto possível a respeito do inconsciente; mas em seu trabalho não há lugar para a tentativa de mudar o curso dos acontecimentos por meio de uma interpretação do inconsciente. No máximo, o profissional verbalizará para o cliente vários fenômenos que, embora explícitos, não são compreendidos [...]. O trabalho do psicoterapeuta, em contraste, baseia-se sobretudo na interpretação do inconsciente [...].

Comentário: O assistente social winnicottiano pode muito bem mudar o curso dos acontecimentos, provendo ao paciente um ambiente personalizado sobre o qual ele pode contar para retomar o processo de amadurecimento, sem tentar ajudar o paciente fazendo interpretações. Em contraste, o mesmo psicoterapeuta poderá exercer duas funções: oferecer provisão, contato e recuperação do passado.

6.8 A psicanálise padrão reformulada e a terapia maturacional de Winnicott com manejo e assistência social têm a mesma base: a psicologia dinâmica de Winnicott

BN 1963b/1983, p. 196

Desde o começo do século [XX] há um crescendo de tentativas de recuperar a psiquiatria da estagnação. [...] E aí veio a aplicação da psicologia dinâmica à psiquiatria. É a *psicologia* da doença mental que interessa aos psicanalistas e àqueles que trabalham baseados na psicologia dinâmica, e essa categoria inclui muitos assistentes sociais [...].

Comentário: A psicologia dinâmica de Winnicott propõe a teoria do amadurecimento humano, processo que vai da concepção até a morte, como base para o estudo de todas as amostras temporais da natureza humana (1959c/1997, pp. 71-72). Ocasionalmente, Winnicott fala em “psiquiatria dinâmica”, praticada por médicos pediatras “que convivem com os produtos finais do colapso psiquiátrico”, por exemplo, o suicídio, e que fariam bem de reconhecer o valor da “enfermagem mental” proporcionada pelo trabalho social (1970d/2017, p. 176). A rigor, a psicologia dinâmica de Winnicott não é nem psicologia¹⁰, visto que não estuda a estrutura da psique ou da mente, e sim da personalidade¹¹, nem é dinâmica, visto que não estuda nem a amostragem no tempo do potencial herdado de tendências e capacidades, nem o destino das forças instintuais. Apenas vislumbrado por Winnicott, esse conjunto de universais da natureza humana pode ser visto como uma *antropologia*, se não tomarmos essa expressão no sentido anglo-saxão habitual de etnologia – estudo de povos primitivos –, mas sim como uma antropologia maturacional, no sentido próximo da *antropologia pragmática de Kant*, que trata do que o ser humano, como agente livre e espontâneo, foi fazendo e ainda pode e deve fazer de si, disciplina que teve importante desenvolvimento no âmbito cultural alemão (penso em antropologias de Kierkegaard, Jaspers, Scheler, Heidegger e mais recentemente de Sloterdijk) e só chegou até Winnicott via o existencialismo de R. Laing, inspirado por Sartre.

6.9 Um exemplo de atendimento assistencial psiquiátrico (*child psychiatry casework*): o caso Patrick

Sintomatologia: problemas escolares e de colapso de aquisições mais avançadas; diagnóstico múltiplo; etiologia múltipla, incluindo um acidente; tratamento por verbalização,

¹⁰ Certamente não é a psicologia acadêmica, que Winnicott não cansa de criticar, nem tampouco uma teoria do aparelho psíquico do tipo freudiano (ver seção 9.5, acima).

¹¹ Sobre esse ponto de maior importância teórica, que não pode ser discutido no presente contexto, ver 1969c/1994, p. 430.

incluindo a comunicação por meio de *squiggles*, e manejo, chamado inercialmente de “enfermagem mental” (*mental nursing*), realizado em *settings* diferentes (consultório de psicoterapeuta, escola, ambientes familiares), por terapeutas diferentes (psicoterapeuta, zeladora da escola, mãe). Para uma análise detalhada desse caso, ver Loparic e Rosa, 2024.

6.10 Classificação de modalidades de assistência social winnicottiana que acompanham a psicoterapia winnicottiana

Não existe, em Winnicott, uma classificação explícita de casos de assistência social semelhante às classificações de distúrbios maturacionais em vista do tratamento em termos de “psicoterapia” – termo que, em muitos contextos, designa consultas terapêuticas, psicanálise compartilhada e psicanálise tradicional, que trabalham com a rememoração, atualização e elaboração do inconsciente reprimido *à la* Freud, ou com a revivência e a integração do inconsciente não acontecido a modo de Winnicott. Podemos, entretanto, considerar que os tipos de casos que exigem que se faça algo diferente da análise padrão, a saber, o trabalho não analítico, sejam precisamente aqueles que podem ser encaminhado para o atendimento em termos assistenciais.

A exploração dessa linha de leitura, em sua totalidade, não pode ser feita no quadro do presente artigo. Irei considerar em especial os casos do tipo (a) e (b) da linha 1, do tipo (c) da linha 4 e do tipo (e), e farei observações sobre o atendimento assistencial de distúrbios, a fim de mostrar que o atendimento assistencial é vitalmente importante no tratamento de todos eles.

7. Tratamento psicoterápico e assistencial de casos não tratáveis pela técnica ortodoxa classificados anteriormente

7.1 Tratamento de casos de loucura, distúrbios pré-EU SOU (“psicoses”) do grupo (a)

Trata-se de uma categoria de distúrbios do processo de amadurecimento que têm sua origem no período anterior ao estabelecimento do EU SOU; na linguagem comum, é chamado de loucura, na linguagem técnica, de esquizofrenia, distúrbio diagnosticado pela organização defensiva de desintegração ativa, cuja forma menos severa é chamada de “esquizoidia”. A esse grupo pertencem ainda os casos fronteirícios.

7.1.2 Necessidades transferidas por pacientes do grupo (a) acima

BO 1961b/2012, p. 268

Na medida em que a doença desse tipo requer tratamento, é preciso proporcionar ao paciente a oportunidade para ter experiências que pertencem propriamente ao início da infância, sob condições de extrema dependência.

Comentário: A disponibilização de oportunidade para a recuperação experiencial do passado, sua inserção no presente e projeção para o futuro são partes essenciais das tarefas do terapeuta.

7.1.3 Agentes terapêuticos possíveis: psicoterapeutas e outros cuidadores

BP 1961b/2012, pp. 268-269

Vemos que tais condições podem ser encontradas à parte da psicoterapia organizada, por exemplo, na amizade, nos cuidados de enfermagem que podem ser dispensados em virtude de uma doença física, em experiências culturais, incluindo, para algumas pessoas, as que são chamadas religiosas.

Comentário: Em Winnicott, o relacionamento terapêutico profissional é uma extensão para condições determinadas pela pesquisa científica do relacionamento interpessoal natural amadurecido.

7.1.4 Aqui entra a assistência social profissional

BQ 1961b/2012, p. 269

A assistência social profissional entra aqui, como uma tentativa para fornecer profissionalmente a ajuda que seria propiciada não profissionalmente pelos pais, pelas famílias e por unidades sociais. De modo geral, o assistente social não é um psicoterapeuta no sentido descrito para pacientes da categoria 1 [neuróticos e depressivos reativos]. No entanto, ao atender as necessidades da categoria 2 [pacientes com distúrbios pré-EU SOU], o assistente social torna-se um psicoterapeuta.

Comentário: Texto notável que cria uma *comunidade terapêutica composta de psicoterapeutas e assistentes sociais winnicottianos*, dedicados aos mesmos objetivos. Poder-se-ia argumentar que o assistente social – que atende por provisão social um paciente com distúrbios do tipo pré-EU SOU, isto é, um “psicótico” tradicional, um esquizofrênico ou um fronteiro – não pode ser chamado de “psicoterapeuta”, pois, de acordo com o diagnóstico winnicottiano, esse tipo de patologia não diz respeito aos problemas “psíquicos” nem mesmo “mentais” e sim ao desvio e mesmo bloqueio dos processos de amadurecimento emocional e pessoal. Decerto, há mecanismos mentais que pertencem aos estágios emocionais primitivos e o psicoterapeuta pode querer verbalizar a consciência nascente desses estágios e fazer análise padrão. Mas, se ele quiser atender a verdadeira natureza dos problemas do paciente, terá forçosamente de praticar algo diferente e, nessa tarefa, ele pode ser ajudado ou mesmo substituído pelo assistente social.

7.1.5 O setting assistencial

BR 1963b/1983, pp. 205-206

Contudo, os distúrbios mais insanos ou psicóticos se formam na base de falhas da provisão ambiental e podem ser tratados, muitas vezes com êxito, por nova provisão ambiental e este pode ser seu trabalho social psiquiátrico [*psychiatric social work*], [em termos de] atendimento assistencial de caso [*casework*]. O que você se encontra provendo, em seu trabalho, pode ser descrito da seguinte maneira:

Você se dedica ao caso.

Você aprende a saber como é se sentir como o seu cliente.

Você se torna *confiável* no campo limitado de sua responsabilidade profissional.

Você se comporta profissionalmente.

Você se preocupa com o problema de seu cliente.

Você aceita ficar na posição de um objeto subjetivo na vida do cliente, ao mesmo tempo, em que conserva seus pés na terra.

Você aceita amor, e mesmo o estado de enamorado, sem recuar e sem representar sua resposta.

Você aceita ódio e o recebe com firmeza, ao invés de como vingança.

Você tolera, em seu cliente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhez etc. e reconhece todas essas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento. (Na vida particular as mesmas coisas o fariam manter distância.)

Você não fica assustado nem sobrecarregado com sentimento de culpa quando seu cliente fica louco, se desintegra, corre pela rua de camisola, tenta suicídio, talvez com êxito. Se você é ameaçado de assassinato, chama a polícia não só para proteger a si mesmo, mas também ao cliente. Em todas essas emergências, você reconhece o pedido de socorro de seu cliente, ou um grito de desespero devido à perda da esperança nessa ajuda.

Em todos esses aspectos, você é, em sua área profissional limitada, uma pessoa profundamente envolvida com sentimentos e ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença de seu cliente e sabendo os limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise. E se você pode controlar a situação, há a possibilidade de que a crise se resolva sozinha e então será por sua causa que o resultado foi alcançado.

Comentário: Winnicott retoma sua tese de 1948 de que existe uma conexão clínica entre os distúrbios de desenvolvimento infantil e os estados psiquiátricos, bem como entre cuidados de bebês e os cuidados apropriados de doentes mentais pré-EU SOU (os “loucos” ou “psicóticos”) (1948/2000, p. 234). Ao descrever aqui a provisão terapêutica dispensada pelo assistente social psiquiátrico, ele não descreve atividades assistenciais específicas, ao invés disso, assinala atitudes, posições, comportamentos, modos de relacionamento do assistente social, algo que fará em outros textos (1959b/2011). Seria muito instrutivo comparar as instruções de Winnicott para a provisão social em termos de manejo no *setting* de assistência social com as de Freud apresentadas anteriormente, relativas ao atendimento das neuroses e depressões reativas.

7.1.6 Um exemplo: o caso M. Little

O relato de M. Little, em *Angústias psicóticas e sustentação* sobre seu tratamento com Winnicott, ilustra bem: a) as agonias impensáveis de Little; b) o diagnóstico de distúrbio inicial pré-EU SOU (psicótico); e c) o procedimento de tratamento, realizado em grande parte mediante manejo pelo psicoterapeuta (“atendimento assistencial psiquiátrico”, *casework* realizado por Winnicott).

a) Os “medos” de Little.

BS Little, 1990/1992, p. 34

Meu medo – “um pavor que só as crianças podem sentir” (Jane Eyre, Cap. 3) – era de destruição total, de ser desmembrada corporalmente, enlouquecer irremediavelmente, ser exterminada, abandonada e esquecida por todo o mundo como alguém que nunca existiu – “lançada nas trevas exteriores” (Mateus 22:13).

Comentário: Ella Sharpe, da BPS, a analista de Little na época, não tinha noção de agonias psicóticas e dizia, no jargão da psicanálise freudiana, que Little padecia de angústia de castração. Para se fazer entender pelo leitor, Little usa frases de obras de literatura e do Evangelho como se quisesse fazer ver quão distante está a psicanálise ortodoxa da descrição correta de fenômenos humanos facilmente compreensível a pessoas familiarizadas com obras clássicas da cultura ocidental.

b) Diagnóstico.

BT Little, 1990/1992, p. 93

D.W. estava ciente desde o início que a minha ansiedade predominante dizia respeito à sobrevivência e à identidade e, ao mesmo tempo, que em outras áreas eu havia alcançado um grau razoável de maturidade. Foi com base nesse entendimento que ele fundamentou o seu diagnóstico e a sua decisão de realizar a minha análise.

Comentário: Esta diagnose atribuída a Winnicott só pode ter sido a de distúrbio psicótico, mais precisamente, fronteiroço, o mesmo que Little se atribui na sua autodiagnose (ver sessão 2 a seguir).

c) O manejo de Winnicott.

BU Little, 1990/1992, p. 95

Para mim, D.W. não representava a minha mãe. Na minha ilusão de transferência ele era realmente a minha mãe e, como na realidade existe uma continuidade entre a mãe e o feto, genética e corporal (através das membranas e da placenta), para mim as suas mãos eram o cordão umbilical, o seu sofá era a placenta e o cobertor eram as membranas, tudo muito abaixo do nível consciente até uma fase muito tardia. A ilusão nunca foi mencionada – eu mesmo a reconheci muito mais tarde –, mas pelo seu comportamento ele a aceitou tacitamente, encontrando-me nesse nível, mas ao mesmo tempo mantendo a sua própria maturidade e realidade.

Através do seu “apoio” confiável [...] e da aceitação de uma relação direta, comecei a confiar em D.W. e a encontrar continuidade e algo como uma “situação de alimentação mútua” [...].

Comentário: Conforme vimos anteriormente, o manejo individual psicoterápico de Winnicott revelou-se insuficiente para atender a todas as necessidades maturacionais de Little, o que só foi possível graças ao atendimento assistencial provido pela enfermeira que cuidou dela no hospital mental em que foi internada, a pedido de Winnicott.

7.2 O tratamento não analítico do falso-si-mesmo (grupo (b) acima)

7.2.1 O falso si-mesmo é a parte cindida de personalidade pré-EU SOU que, na falta de sustentação ambiental, se encarrega de autocuidado no sentido de autossustentação como defesa e proteção do si-mesmo verdadeiro espontâneo e criativo portador de defesa primária contra o aniquilamento.

a) Como organizador de defesa secundárias do tipo fronteiroço

BV 1965d/1983, pp. 15-16

Um aspecto do obstáculo ao surgimento do ego produzido por falha no ambiente é a dissociação que se verifica nos casos *borderline* em termos de *self* verdadeiro e falso. Desenvolvo este tema com um ponto de vista próprio, observando sinais indicativos dessa dissociação em pessoas normais e na vida diária (um *self* particular reservado para intimidades e um *self* público

orientado para a socialização), examinando também a patologia dessa condição. No polo extremo da doença encaro o *self* verdadeiro como algo potencial, oculto e protegido pelo falso *self* e submisso, que mais tarde acaba se tornando uma organização defensiva baseada nas várias funções do aparelho do ego e suas técnicas de se autopreservar. Isto está relacionado também ao conceito de ego observador.

Comentário: Além de se valer de defesas primárias, tais como a “dissociação” – neste caso, de desintegração ativa e de cisão da personalidade –, o falso si-mesmo produz uma variedade de defesas secundárias, valendo-se de aquisições mais tardias ao longo da linha 1.

7.2.2 Indicações para tratamento

a) Abandono da análise padrão (mesmo reformulada).

BW 1959-1964/1983, p. 122

Ao selecionar casos para análise, os analistas podem por isso levar em consideração a existência comum de um falso *self*. A seleção requer do clínico uma habilidade para detectar a defesa do falso *self*, e quando isso é detectado o clínico precisa decidir se ele pode ser um auxílio positivo na análise, ou se num caso particular ele é patologicamente forte e indica uma desvantagem inicial tão importante no desenvolvimento emocional que seria melhor que a análise ficasse fora de consideração.

b) Tratamento por meio do trabalho social.

BX 1960b/1983, p. 131

(1) Até agora, me mantive nos limites da descrição clínica. Mesmo nesta limitada área, é importante o reconhecimento do falso *self*. Por exemplo, é importante que pessoas que são essencialmente falsas personalidades não sejam encaminhadas aos estudantes de psicanálise para análise em situação de treinamento. (2) O diagnóstico de falsa personalidade aqui é mais importante do que o diagnóstico do paciente de acordo com as classificações psiquiátricas vigentes. (3) Também para trabalho social [*social work*], onde todos os tipos de caso precisam ser aceitos e mantidos em tratamento, o diagnóstico de falsa personalidade é importante para evitar a frustração extrema associada ao fracasso terapêutico a despeito do trabalho social aparentemente adequado, baseada em princípios analíticos. (4) É especialmente importante este diagnóstico na seleção de estudantes para formação em psicanálise ou assistência social psiquiátrica [*psychiatric social work*], isto é, na seleção de estudantes de atendimento assistencial de casos [*case-work students*] todos os tipos. O organizado falso *self* é associado a uma rigidez de defesas que impede o crescimento durante o período de estudante.

Comentário: (1) Importância do diagnóstico do falso si-mesmo para o ensino e o treinamento dirigido aos estudantes. (2) Reservas quanto à relevância das classificações psiquiátricas existentes. (3) Implicações do diagnóstico de falso si-mesmo para o trabalho social. (4) O mesmo diagnóstico é base para a seleção de estudantes para o atendimento de casos nas áreas de psicoterapia, mesmo psicanalítica, e de assistência social associada.

7.2.3 Um caso.

No seu relato sobre o tratamento com Winnicott, Little se autodiagnosticou como fronteira no sentido de Winnicott.

BY Little, 1990/1992, p. 83

[...] A Parte I foi escrita do ponto de vista de um *paciente*, um psicótico *fronteiro*.

BZ Little, 1990/1992, p. 86

Para mim, como para muitos outros, eu era aparentemente «normal»: frequentei a escola, a faculdade, a faculdade de medicina, exerci como médico de clínica geral e fui aceita para formação e qualificada como psicanalista. Trabalhei durante toda a minha análise, exceto nos feriados e em três curtos períodos de depressão de 1 a 3 meses. Mas sofria de uma ansiedade enorme que tinha de esconder e era inibida de muitas maneiras, especialmente no campo das relações, pois tinha pouca autoconfiança ou senso de minha própria identidade.

CA Little, 1990/1992, p. 93

Tive a sorte, em 1949, de encontrar ou ser encontrada por [...] um psicanalista que, nos vinte anos anteriores, tinha tratado pacientes psicóticos.

Pude gradualmente abandonar a minha onipotência e o meu falso *self* “cuidador” e, contando com o seu “apoio”, reviver a minha infância e juventude traumáticas.

Comentário: O manejo descrito na sessão anterior foi o tratamento oferecido por Winnicott. Contando com a sustentação (*holding*) de Winnicott, Little conseguiu livrar-se não apenas de vários outros componentes do distúrbio em seu processo de amadurecimento, mas também das *pretensões à onipotência*, alimentadas pelo seu falso si-mesmo como defesa contra a falha do ambiente familiar, especialmente do materno, em lhe prover facilitação para uma *experiência, ainda que ilusória, de onipotência*, bem como em ajudá-la a aceitar as limitações no controle do ambiente em que se encontrava. Para a cura completa – conquista que, como Winnicott diz, em um outros “ser capaz de começar a experimentar a frustração, e até mesmo de chegar, um dia, ao outro extremo da onipotência, isto é, de perceber que não passa de uma partícula do universo, um universo que ali já estava antes mesmo da concepção do bebê” e de passar a tolerar a condição de “humildade característica da individualidade humana” a partir da “sensação de ser Deus” (1968c/1999, p. 90) – Little precisou ainda, como vimos anteriormente, de atendimento assistencial da enfermeira do hospital em que foi internada por Winnicott.

7.3 Provisão assistencial para os antissociais (os casos dos grupos (c))

Os casos antissociais exemplificam distúrbios que resultam da privação e ocorrem na interseção das linhas 1 e 4.

7.3.1 O tratamento de casos antissociais precisa de atendimento assistencial

CB 1956b/2000, p. 416

Resumidamente, o tratamento da tendência antissocial não é a psicanálise. É provisão de cuidados que poderão ser redescobertos pela criança, nos quais ela pode vir a experimentar novamente os impulsos do id, e que podem ser por ela testados. É a estabilidade do novo ambiente que realiza a terapia.

Comentário: O oferecimento de internação (ver abaixo) é um típico gesto assistencial, que se encontra fora da área da psicanálise tradicional, mas constitui um componente essencial no atendimento de caso de tendência antissocial, segundo o paradigma winnicottiano.

7.3.2 *O assistente social atua como representante de uma agência de saúde pública, estabelecida pelo poder público*

CC 1963b/1983, p. 204

Afora isto, sabemos que psiquiatras e psicanalistas constantemente encaminham casos ao cuidado do assistente social psiquiátrico por nenhuma outra razão do que a de não poderem fazer nada eles próprios. Eu faço isso. Que sentido faz isso? [...] Bem, em meu ponto de vista, há razões pelas quais se deve aceitar uma posição como esta. De início, gostaria de chamar a atenção para a afirmação de Clare Winnicott (1962) sobre a função de uma agência. Por exemplo, o fato de vocês representarem a preocupação do Mental Health Act ou do Home office, ou da sociedade em relação às crianças carentes realmente os põe em uma posição única em cada caso. Isso lhes dá um objetivo especial, especialmente em relação aos doentes mentais que não são neuróticos e em relação àqueles casos iniciais que revelam uma tendência antissocial.

Comentário: Os assistentes sociais recebem cobertura necessária das instituições que representam, as quais, por sua vez, são significativamente fortalecidas pela cobertura da sociedade e, no âmbito político e legislativo, do Estado. Os indivíduos atendidos apreciam saber da existência desses dois níveis de preocupação e suporte.

7.3.3 *Sua provisão tem traços de cuidados infantis*

CD 1963b/1983, p. 204

Sua função pode, logicamente, ser revista em termos de cuidado do lactente, isto é, em termos de um ambiente facilitador, da facilitação do processo de maturação. A integração é vitalmente importante neste contexto, e seu trabalho é muito contrabalançar forças desintegradoras no indivíduo, na família e em grupos sociais localizados.

Eu penso em cada assistente social como sendo um terapeuta, mas não como o tipo de terapeuta que faz a interpretação correta e na hora exata, interpretação que elucida a neurose de transferência. Façam-na se quiserem, mas sua função mais importante é a terapia do tipo que é sempre conduzida pelos pais na correção de falhas relativas da provisão ambiental.

Comentário: Em muitos casos, os pais são os primeiros terapeutas naturais dos distúrbios maturacionais que eles próprios geraram.

7.3.4 *Internação como procedimento*

CE 1956b/2000, p. 407

É fácil ver que o tratamento desse menino [caso escolhido por Winnicott, nos anos 1930, para sua primeira análise de criança] não deveria ter sido a psicanálise, mas algum tipo de internação [*placement*]. A psicanálise só faria sentido se acrescentada depois da internação. Desde essa época tenho visto analistas de todos os tipos fracassarem na análise de crianças antissociais.

Comentário: Nessa época, Winnicott estava trabalhando no quadro do paradigma freudiano. Na frase final da citação, ele talvez esteja reconhecendo implicitamente o seu próprio fracasso e formulando a lição que aprendeu desde então e que o levou a propor atendimento assistencial como parte integrante da sua clínica de distúrbios.

7.3.5 *Casos tratados unicamente pelo manejo assistencial*

CF 1963d/1983, p. 195

Casos tratados por manejo apenas são inúmeros e incluem todas aquelas crianças que, quando privadas de um modo ou de outro, são adotadas, criadas por terceiros ou colocadas em casas pequenas que funcionam como instituições terapêuticas e em bases pessoais. Seria dar uma falsa impressão descrever [apenas] um caso desta categoria. Na verdade, é necessário chamar a

atenção para o fato de que os casos incipientes de distúrbios de caráter estão a todo momento sendo tratados com sucesso, especialmente em casa, em grupos sociais de todos os tipos e bem fora da psicoterapia.

Comentário: Há entendimentos da tendência antissocial bem-sucedidos que acontecem em relacionamentos interpessoais maduros em ambientes naturais (não profissionais) de vários tipos.

7.3.6 Casos tratados por consultas terapêuticas

Certos casos de tendência antissocial, aqueles no quais a comunicação como uma pessoa confiável, pode ser de fato a única necessidade maturacional a ser atendida, podem ser tratados de forma eficiente por consulta terapêutica.

7.3.7 O caso Ruth

Na análise que segue, partes relevantes do relato do caso (ver Winnicott, 2016) são agrupadas de acordo com os tópicos da análise estrutural de casos de Winnicott (ver Loparic, 2023a) e assinaladas por meio de letras. Os diferentes trechos citados são enumerados sequencialmente.

a) Lugar do caso na obra de Winnicott.

CG 2016 (ed. on-line)

(1) Estou falando de algo com o qual todos estamos preocupados, que é: como podemos fazer essa outra coisa que não a psicanálise, para não usar o slogan: quanto posso fazer neste caso? mas para usar o slogan oposto: quão pouco precisamos fazer neste caso? Eu chamo isso: enfrentar o desafio do caso.

(2) [Este caso] é [exemplo de] trabalho tanto de atendimento assistencial de caso como de psicoterapia, mas não de psicanálise. Dessa forma, os psicanalistas esperam se socializar, tornam-se úteis à sociedade de uma maneira que pareça útil à maioria. Então, neste momento em particular, estou relacionando meu trabalho ao trabalho social. Não estou tentando explicar o serviço social em termos de psicanálise; pelo contrário, estou tentando falar sobre o psicanalista fazendo psicoterapia em termos de serviço social.

(3) Estou explorando duas ou três palavras em inglês. Estou falando de sustentar [*holding*], e isso é quase tudo, porque inclui muito.

(4) Mas sustentar leva você a quase qualquer lugar, e isso me leva ao ponto principal do que quero fazer agora, que é este, a razão pela qual o atendimento de caso pelo assistente social pode ser usado universalmente (desde que as pessoas sejam selecionadas adequadamente) é que ele se junta aos fenômenos naturais.

b) Sobre o relato do caso.

CH 2016 (ed. on-line)

(5) Agora quero dar a vocês um pequeno relato de um caso sobre o qual não sei muito, porque no decorrer de três anos e meio e quatro passei apenas três horas no caso. Isso é muito importante para mim ao tentar apresentar esse tipo de material para você, porque mostra o quão pouco precisa ser feito para enfrentar o desafio de alguns casos. Isso poderia ser chamado de “psicanálise aplicada”.

c) Estrutura do caso.

CI 2016 (ed. on-line)

(6) Então, de certa forma, se você olhar para a palavra sustentar [*holding*] aqui, verá que ela dá a pista para minha apresentação. Na primeira parte, estou fazendo um trabalho de caso [*holding*]

e em uma família na segunda parte estou tendo uma entrevista com uma criança dessa família (psicoterapia).

d) Acompanhamento.

CJ 2016 (ed. on-line)

(7) Há um acompanhamento de quatro anos e a criança está bem; a situação familiar continuou a se recuperar.

e) Resultado teórico.

CK 2016 (ed. on-line)

(8) Apresento este caso como algo para o qual a psicanálise contribuiu de alguma forma em segundo plano, enquanto, no entanto, o que foi feito poderia ter sido feito por pessoas adequadamente selecionadas, não treinadas como analistas, pessoas que estão dispostas a ouvir e que podem acreditar no que está acontecendo no processo que é estabelecido se você fornecer um ambiente profissional de trabalho de caso.

Comentário: Uma análise estrutural completa do caso Ruth encontra-se na Disciplina 8.

7.4 Tratamento psicoterápico e assistencial de casos em que a doença parental é fator etiológico ambiental disruptivo (casos do grupo (e))

7.4.1 Escolha de casos para atendimento assistencial associado ao tratamento psiquiátrico

a) Integração como ideia-guia.

CL 1959b/2011, p. 181

Percebo que o desenvolvimento do tema [atendimento assistencial de caso] sempre termina por conduzir me às palavras integração e desintegração.

Comentário: Winnicott destaca em múltiplos trechos o caráter central da tendência à integração, bem como do seu oposto, a desintegração ativa, ver, por exemplo, 1967a/1999, pp. 11-14.

b) Fator desintegrador no ambiente.

CM 1959b/2011, p. 181

(1) É de se perguntar o que é que, às vezes, faz do atendimento de caso um elemento terapêutico de vital importância. (2) Podemos voltar-nos [...] aos casos em que o ambiente do paciente se desintegra. (3) Aqui a necessidade de manejo [management] se torna óbvia. Mas penso que a ideia de atendimento assistencial só nos chega quando reconhecemos que pode haver no caso forças desintegradoras, e que esses elementos de desintegração têm de ser contidos [*be held by*] por algum tipo de processo integrativo. Deste modo, o termo “atendimento assistencial de caso” [*casework*] começa a adquirir novo significado. É possível que o trabalho prático seja exatamente o mesmo, mas sob essa óptica o atendimento de caso passa a relacionar-se com algo que lhe é dinamicamente oposto [...]. O elemento desintegrador chama, cria e sustenta toda a dinâmica do atendimento de caso.

Comentário: (1) O problema da seleção dos casos adequados. (2) Um critério: ambiente positivamente desintegrador ou mesmo desintegrado. (3) O novo significado dos atendimentos assistenciais de caso, ainda esperando por uma teoria geral de assistência social.

c) Comparação com os casos de neurose, doença mental de etiologia (origem) intrapsíquica.

CN 1963b/1983, p. 198

Dito de outro modo, a doença mental, afora a neurose, tem importância para o assistente social porque diz respeito não tanto às defesas organizadas do indivíduo como à falha deste em alcançar a força do ego ou integração da personalidade que possibilita às defesas se formarem.

Comentário: Os casos que demandam atendimento assistencial como tratamento *não* são gerados pelos conflitos internos do tipo freudiano – que, por definição, são internos e não são disruptivos, nem desintegradores –, mas por deficiências do ambiente, ou seja, do manejo provido pelo ambiente facilitador que ameaçam o processo de amadurecimento enquanto realização da tendência à integração, podendo, portanto, ser incluídos entre os casos do tipo (e) mencionados anteriormente. A etiologia maturacional nesses casos consiste em impactos ambientais sobre o paciente decorrentes de conflitos patógenos entre personagens do ambiente, e entre estas e a sociedade. É preciso considerar, ainda, os impactos patógenos de conflitos intrassociais, como guerras civis, guerras entre nações e guerras mundiais.

7.4.2 Três grupos de casos desse tipo

CO 1959b/2011, p. 183

Penso, portanto, ser possível dividir nossos casos em três classes:

- (i) Aqueles integrados a partir do interior.
- (ii) Aqueles que contêm um elemento desintegrador.
- (iii) Os casos caracterizados por uma ruptura ambiental já consumada.

(1) No primeiro grupo, o trabalho profissional dá subsídios a uma ação dos pais. (2) No segundo, o atendimento de caso precisa desenvolver uma dinâmica que contrabalance o elemento desintegrador. (3) No terceiro, o assistente social organiza ou reorganiza o ambiente. Obviamente, é o segundo grupo que nos apresenta os problemas mais complexos, e muitas vezes fracassamos por não termos autoridade para fazer o que é necessário.

Comentário: (1) Em casos em que o ambiente é integrado, o tratamento é feito pelas figuras do ambiente, orientadas pelo terapeuta. (2) O tratamento é feito pelo atendimento localizado do assistente social. (3) A assistente social assume a responsabilidade total de reorganização do ambiente.

7.4.3 Exemplo do tipo 1: o caso James

CP 1959b/2011, p. 184

Neste caso, portanto, decido não ver o menino. A mãe pareceu-me muito aliviada quando pude mostrar-lhe que ela estava propiciando uma situação em que o menino começava a recuperar-se de alguns dos efeitos nocivos da atitude do pai, e que o menino parecia ter saúde suficiente para fazer isso. Interferindo, eu teria estragado a satisfação da mãe, que lhe pertencia de direito devido à sua capacidade de ajudar o próprio filho. Eu, por outro lado, permaneço em segundo plano e continuo disponível a intervir se me pedirem, pois levantarei uma cuidadosa história do caso e já formei minha opinião com relação à dinâmica dos acontecimentos. Se eu intervier no caso e entrevistar o garoto, terei diante de mim duas opções: fracassar ou tornar-me um

importante pai-substituto. Nessa última situação, devo ser capaz de continuar sendo um substituto até que a função não seja mais necessária; caso contrário, estarei agindo de modo prejudicial.

Comentário: Winnicott não interveio, a terapeuta (assistente social) foi a mãe, que, assistida por Winnicott, foi capaz de “integrar” a situação.

7.4.4 Exemplo do tipo 2: o caso Antony

a) Fator desintegrador: atitude exasperadora do pai em relação à sociedade.

CQ 1959b/2011, p. 187

O fator desintegrador, no caso, era a atitude exasperante do pai em relação à sociedade. Não havia uma pessoa que ele não conseguisse irritar.

b) Essencial da dinâmica do tratamento: continuidade assegurada pela instituição.

CR 1959b/2011, p. 184

Trata-se de um menino que apareceu pela primeira vez em minha clínica hospitalar com a idade de oito anos. Ele é agora um homem; quero dizer, está solto em algum lugar do mundo, não sei bem onde. Não sei dizer se este caso, que exigiu todos os recursos da clínica, resultou em êxito. A única coisa que teve continuidade na vida desse garoto foi minha clínica. No decorrer de sua longa história, todo o pessoal da clínica, com exceção de mim mesmo, foi substituído muitas vezes. O departamento tem continuado, ao longo dos anos, a integrar o ambiente desse menino; nada mais, durante todo o período, teve clara continuidade.

Comentário: Ênfase no trabalho assistencial exercido por Winnicott em um *setting* institucional estável.

c) Melhor ilustração do trabalho em termos de assistência social winnicottiana.

CS 1959b/2011, pp. 186-187

Esse caso exigiu bastante trabalho; seus registros são bastante extensos, e consistem também em cartas enviadas a todo tipo de autoridades. Talvez tudo não tenha passado de um grande fracasso, e o menino não tenha se tornado nada além de um vigarista galante. Não sabemos; mas tivemos que continuar proporcionando-lhe algo que fosse contínuo e integrado, pois de outro modo estaria certamente destinado a uma vida de crime e delinquência. De todos os exemplos que já dei, este é o que melhor ilustra o trabalho de atendimento de caso.

Comentário: Notam-se as incertezas de Winnicott e a ênfase no aspecto fundamental da provisão assistencial oferecida: um ambiente contínuo e integrado.

d) Deu resultado?

CT 1959b/2011, pp. 187-188

Pode-se perguntar se o trabalho que fazemos vale a pena, e a isso respondo: não podemos deixar de fazê-lo. Se o caso chega a nós, é necessário fazer frente às necessidades que se apresentam e suplementar as condições ambientais que estão em falta. Não podemos simplesmente trabalhar com base numa estimativa do resultado. Em muitos casos, nosso trabalho é interrompido por forças que escapam ao nosso controle, e suponho ser um sinal muito favorável o fato de este menino ter, até recentemente, nos mantido informados acerca do que se passava consigo, por meio do que pudemos dar continuidade ao atendimento de caso que iniciamos há tanto tempo. É possível que o simples fato de termos existido dessa maneira ao longo de todo esse tempo faça muita diferença no processo que pode levar o menino a tornar-se um criminoso ou um cientista.

Comentário: Nos casos como o de Anthony, o atendimento assistencial que vale a pena é feito em equipe, conta com a estabilidade do ambiente e a presença viva de cuidadores, e oferece a provisão necessitada.

7.4.5 Exemplo do tipo 3: o caso de menino de dezesseis anos

CU 1959b/2011, p. 189

Eis um distúrbio que não é psiconeurótico, e cujo tratamento não consistiu em psicoterapia. Suponho que tenha sido uma espécie de atendimento assistencial de caso [*casework*]: a forma como lidei com os pais, informando-os da possibilidade que tinham de ajudar, mantendo-me em contato com suas variadas necessidades na época em que o menino ficou mais doente (sem, entretanto, voltar a roubar) e depois se recuperou. Neste caso, o atendimento foi simplificado pelo fato de os pais e o diretor da escola desejarem verdadeiramente a recuperação do garoto, de modo que não havia fator de desintegração a ser contrabalançado. Não havia um elemento destruidor que transformasse o atendimento de caso num processo de *holding* reativo.

Comentário: Winnicott, psicoterapeuta, participou de um atendimento assistencial realizado por uma equipe que contava com o apoio institucional. Nesse caso, havia ruptura do ambiente, o tratamento consistiu em organizar.

7.4.6 Exemplo 2 do tipo 3: solução para os casos de psicose por colocação em um ambiente facilitador apropriado

CV 1959b/2011, p. 190

Em alguns casos de psicose infantil, e sobretudo nos casos mais severos, existe uma atitude anormal dos pais que constitui, na verdade, causa do distúrbio, e permanece depois como um fator de manutenção dele. Deste modo, os distúrbios de pais e filho interagem, acarretando grande tensão. Em situações como essa, o caso [*casework*] objetiva encontrar uma acomodação alternativa para a criança. Mas como isso é difícil!

7.5 Atendimento por consulta terapêutica de casos que ilustram distúrbios na linha 2 de crescimento somático ou na interseção com alguma outra linha

Winnicott dedicou relativamente pouca atenção aos casos das linhas 2, 3, 4 e 5. Limitar-me-ei a apresentar algumas das suas concepções seguidas de casos ilustrativos. O material clínico relativo aos distúrbios na linha 2 de crescimento somático pode ser classificado nos seguintes grupos: problemas hereditários, congênitos, físicos e os causados por acidentes físicos. Exemplos: problemas hereditários (Iiro, sindactilia, Hannah, espinha bífida, Margaret, estrabismo), problemas congênitos (trauma de parto, ver, 1949/2000), diferenças físicas (o caso Mollie), acidentes físicos que expressam ou acentuam distúrbios de outros tipos (no caso Jill, os da linha 1).

Limitar-me-ei a comentar os casos de Hannah e Mollie, que envolvem, além de atendimento psiquiátricos, formas de assistência social. Ambos são introduzidos por Winnicott pela seguinte observação:

CW 1970c/1994, p. 211

(1) Estes exemplos clínicos e as considerações teóricas a que dão origem fazem-me pensar em dois outros casos que podem adequadamente aplicar o tema da personalização e da morada psicossomática. Um deles se refere a uma jovem com uma grave incapacidade e o outro a uma

menina sadia que aconteceu possuir uma pele escura. (2) Com estes dois casos esta contribuição tem de findar, embora a elucidação do problema geral esteja apenas começando.

Comentário: (1) Winnicott faz notar que os problemas dos exemplos citados nascem na interseção das linhas 1 e 2: as características somáticas que dificultam a integração na personalidade. É de se observar, entretanto, que eles exemplificam também questões de amadurecimento que surgem nas linhas 3, 4 e 5, como anotado acima e exemplificado no que segue. No presente contexto, deixarei de lado as perturbações na interseção das linhas 2 e 5. (2) Vale ressaltar, ainda, o reconhecimento, por parte de Winnicott, de que a tarefa de classificação de distúrbios a cargo da psicoterapia, em combinação com o atendimento assistencial, está longe de ser resolvida.

Os dois casos são tratados em termos de uma consulta terapêutica, trabalho que, como vimos, é distinto da psicoterapia e da psicanálise e constitui uma forma de manejo, atividade na qual o terapeuta e o paciente não estão separados por hierarquias e fazem as coisas juntos, como se ambos fossem crianças, adolescentes ou jovens da mesma idade.

7.5.1 O caso Hannah

Neste caso (ver 1970c/1994, capítulo 37. Parte II, pp. 211-216), a paciente é uma moça de 18 anos, fisicamente deformada e feia, com problemas de aceitação da doença, tratada por Winnicott em consultório individual por consulta terapêutica com jogo de rabisco. O material do caso é composto do relatório clínico de Winnicott e de uma série de cartas escritas pelo principal trabalhador social responsável. Winnicott sintetiza o *relacionamento terapêutico* da seguinte maneira:

CX 1970c/1994, p. 214.

Ao final desta consulta, Hannah foi embora achando, penso eu, que não havíamos estado debatendo uma deformidade, mas sim uma pessoa, ela própria, estudante de uma faculdade de artes, e alguém que tinha toda a intenção de ganhar a vida por si própria. Se obteve alívio, foi da maneira um tanto inusitada pela qual chegamos ao seu ressentimento com a injustiça pertinente ao fato de ela haver nascido com uma deformidade congênita de tipo grave.

Comentário: Ao atender Hannah em termos de uma consulta terapêutica, Winnicott não se deteve em sua doença física – essa questão foi deixada para os médicos especialistas – e tratou, como um médico generalista, da sua dificuldade em integrar esse fato na sua vida.

Winnicott resume o *resultado* da consulta em seguintes palavras:

CY 1970c/1994, p. 216

A conclusão importante é que, embora o estado físico desta jovem tenha permanecido deplorável e feio e continuasse a exigir interferência ortopédica do tipo remediável, a atitude de Hannah para com sua incapacidade mudou, de maneira que sua personalidade pôde avançar em seus processos de desenvolvimento que haviam sido seriamente detidos.

Fator importante foi a cooperação fácil da mãe, que não precisou ser vista por mim, e tampouco se precisou dizer-lhe o que fazer ou que atitude adotar.

O aspecto essencial, segundo me parece, foi que a moça se sentiu amada e aceita como o fora antes de ser bastante bruscamente forçada a reconhecer que sofria de uma deficiência física congênita que era ao mesmo tempo incapacitante e feia.

Comentário: Os fatos reais da vida, como a doença de Hannah, são fatores etiológicos que também impactam o processo de amadurecimento, mas que diferem, quanto aos seus efeitos patógenos, tratamento e prevenção, de padrões de falhas ambientais maternos, familiares ou sociais.

7.6 Atendimento por manejo e interpretação de casos que ilustram distúrbios na linha 3 do desenvolvimento mental

a) O caso do Menino do Mel.

Trata-se de um caso atendido durante a Segunda Guerra Mundial, várias vezes citado por Winnicott, ilustração do atendimento psiquiátrico winnicottiano que se inicia pelo manejo e vem a incluir verbalização e interpretação.

CZ 1948/2000, p. 246

(1) [...] eis aqui um fragmento da análise de um menino que aparentava retardo mental, mas que na verdade era um caso de esquizofrenia infantil com regressão a uma introversão rigidamente controlada. (2) Quando veio a mim, com cinco anos de idade, o menino passou uns três ou quatro meses simplesmente andando em minha direção e afastando-se em seguida, testando a minha capacidade de proporcionar acesso direto e liberdade para se afastar.

(3) Aos poucos o menino permitiu-se sentar no meu colo e ir adiante, estabelecendo um contato afetivo. Na fase seguinte ele entrava dentro do meu casaco, e disso desenvolveu-se um jogo de escorregar para o chão de cabeça para baixo por entre as minhas pernas. Durante todo esse período eu fiz muito poucas interpretações verbais. Na fase seguinte ele passou a ter um desejo tão forte por mel – era o tempo da guerra, e o mel andava escasso – que acabou esvaziando todas as reservas, e por fim condescendeu em aceitar uma mistura de malte e óleo, que ele comia vorazmente. Em seguida passou a cobrir de saliva tudo o que via e tomou-se destrutivo com a colher de mel. Sua saliva formava uma poça na porta, caso eu o deixasse esperando. (4) De tudo isto decorreu um lento mas firme desenvolvimento, que anteriormente havia cessado e se tornado negativo.

Nessa experiência parecia-me ver uma criança revivendo experiências infantis precoces, corrigindo, a partir de alguma necessidade interna, o seu fracassado encontro inicial com o mundo. Ele estava nascendo de novo. Eu via um ambiente substituindo o outro. (5) Mais adiante a análise através de interpretações verbais tomou-se não apenas possível, mas urgentemente necessária. Na etapa que descrevi, porém, minha função era fornecer um certo tipo de ambiente, e assim permitir que o menino fizesse o trabalho.

Comentário: (1) Correção, por parte de Winnicott, do diagnóstico psiquiátrico de retardo mental, em termos da sua patologia maturacional: a esquizofrenia infantil, isto é, desintegração ativa infantil acompanhada de um retraimento rígido, uma patologia precoce do tipo pré-EU SOU. (2) No começo do tratamento, antes de ousar livrar-se de sua defesa rígida e de correr o risco de depender de Winnicott, o menino testa se ele é confiável. (3) Estabelecida a confiança, o menino nasce de novo, usando, para tanto, o corpo de Winnicott como se fosse o da mãe e, tendo nascido, teve fome. (4) O retraimento regressivo foi substituído por um movimento progressivo em direção a novas conquistas maturacionais. (5) Winnicott comenta:

o colo dele abriu para o menino um novo mundo, no qual, tendo revivido e, desta forma, lembrado e integrado o passado, ele podia recomeçar a crescer e, agora sim, valer-se de interpretações verbais de Winnicott.

7.7 Atendimento assistencial de casos gerados pelos fatos reais traumáticos

Convém esclarecer a natureza do impacto de fatores traumáticos do tipo E, decorrente, como dito anteriormente, de uma disrupção intolerável, súbita ou imprevisível de fatos reais externos. Para Winnicott, a personalidade humana é essencialmente fluida.

DA 1941/2000, p. 116

[A fluidez implica] em que o bebê normal de um ano de idade, ou que a essa altura tenha sido favoravelmente afetado pelo tratamento, não esteja inteiramente a salvo. Ele ainda está sujeito a neurose numa época posterior, ou a adoecer se estiver exposto a fatores ambientais negativos.

A razão dessa fragilidade da personalidade humana reside no fato de que a saúde é uma aquisição do processo de amadurecimento, o qual se estende por diferentes estágios, da concepção até a morte, podendo ser ameaçado em qualquer um deles. Sendo assim, ainda que o fato de a criança ter ido bem durante o seu primeiro ano seja um bom prognóstico, há risco de o amadurecimento posterior ser desviado, bloqueado ou mesmo de regredir em qualquer estágio. Exemplos mais claros de fatos externos patógenos sociais são as guerras – em particular, as guerras civis –, crise de ambientes sociais amplos, desastres naturais, tais como pandemias – crises ambientais de natureza biológica – e doenças incuráveis, como certas formas de câncer. As guerras são ameaças diretas à democracia, que é uma aquisição de uma sociedade de dimensões não muito grandes e resulta da tendência – em uma porcentagem significativa de indivíduos suficientemente maduros dessa sociedade – à criação, à recriação e à manutenção da máquina democrática. Winnicott apenas indica a direção-geral de tratamento desse tipo de problema, que pode ser tratado como um caso especial de privação (ver o grupo (c)), em termos de provisão social:

DB 1950/1999, p. 270

Pode ser que quando uma guerra tenha perturbado uma democracia, o melhor que se tem a dizer é que naquele momento a democracia acabou, e aqueles que gostam desse modo de vida vão ter que começar de novo, lutando dentro do grupo para o restabelecimento da máquina democrática, depois que o conflito externo tenha terminado. [...] Este é um assunto amplo, que merece a atenção de pessoas de mente aberta.

À luz da teoria winnicottiana da dependência – não apenas de indivíduos, mas da espécie humana como tal – de *ambientes facilitadores de processos maturacionais*, pode-se dizer que o impacto da pandemia de COVID consistiu em uma *deprivação*, isto é, na perda de um dos *ambientes naturais* necessários para a continuação de aquisições maturacionais, até então suficientemente bom, o que, por sua vez, resultou em diferentes tipos de *crises ambientais humanas*: familiares, sociais, econômicas, políticas e culturais. O atendimento dessas crises

passa, essencialmente, pelo uso da teoria winnicottiana do manejo terapêutico, estendido para o trabalho social como fundamento de um conjunto de atitudes, comportamentos e atos que amenizam as crises sociais e naturais, e que também possam prevenir as futuras. Esse tipo de problema, pede, portanto, uma ampliação do conceito de assistência social psiquiátrica.

8. Da assistência social psiquiátrica ao trabalho social em geral

8.1 Extensão da assistência social winnicottiana para o trabalho social

DC 1970b/1997, p. 238

(1) Eu tenho de dizer que, em geral, os médicos não são bons neste trabalho. Não há necessidade de preocupação, pois os pediatras têm um crédito imenso no lado físico. Eu observei a pediatria física de 1920 até o presente, e realmente sei alguma coisa sobre as conquistas práticas e teóricas da pediatria neste meio século. Mas, em geral, os pediatras estão exatamente onde estavam na outra metade da pediatria que tem a ver com o desenvolvimento emocional do indivíduo, o processo maturacional em sua relação com o meio ambiente facilitador. (2) Os assistentes sociais têm carregado a carga da prática da psiquiatria infantil todos esses anos, (3) e é no serviço social [*social work*] que precisamos buscar uma extensão da prática psiquiátrica para cobrir todos os tipos de caso e realizar um trabalho preventivo.

Comentário: (1) Elementos da história da pediatria que revelam a falta de compreensão, por parte da própria pediatria, do processo de amadurecimento e do papel do ambiente facilitador. (2) Reconhecimento da contribuição dos assistentes sociais para o tratamento de distúrbios maturacionais. (3) Palavras decisivas que demandam uma extensão de atendimento assistencial para o tratamento de todos os casos em que a provisão do ambiente facilitador se faça necessária.

8.2 A classificação dos problemas maturacionais a serem tratados pelo trabalho social

8.2.1 Importância da classificação

DD 1970b/1997, p. 236

Eu agora gostaria de tentar uma classificação. Sem uma classificação, nós não podemos planejar nosso trabalho nesta imensa área que abrange a psiquiatria infantil, o serviço social e o atendimento alternativo.

Comentário: A obra de Winnicott apresenta múltiplas classificações que ainda esperam um estudo adequado.

8.2.2 Abrangência

DE 1970b/1997, p. 235

Eu gostaria de aproveitar esta oportunidade para repensar pessoalmente o assunto do nosso trabalho com as crianças. Isto, é claro, inclui o trabalho com pais, famílias, guardiães de todo tipo, grupos sociais e outros fatos e fatores ambientais, e, na verdade, o estado da sociedade hoje em dia e amanhã.

Comentário: Nessa classificação são incluídos todos os problemas da psicoterapia e da psicanálise winnicottiana que ocorrem ao longo da linha 1, na medida em que exigem provisão

social. Além disso, incluem-se todos os tipos de caso que surgem ao longo das outras linhas do processo de amadurecimento.

DF 1970b/1997, p. 236

Em outras palavras, existe uma evolução da provisão ambiental ajustada às mudanças nas necessidades do indivíduo que está passando pelo desenvolvimento emocional. Tudo isso é extremamente complexo, e está além da habilidade do computador, e só pode ser feito “suficientemente bem” por um ser humano que tenha este relacionamento específico, que geralmente chamamos de amor, com um bebê, uma criança ou um adolescente; amor que implica preocupação e um senso continuado de responsabilidade, e aceitar tranquilamente que o ser necessário se transforme em ser desejado ou não desejado.

Comentário: As necessidades maturacionais mudam com o tempo, e as modalidades de atendimento precisam acompanhar.

8.3 Definição do trabalho social

8.3.1 Base teórica: teoria do amadurecimento

DG 1970e/2017, p. 180

[...] por definição, o trabalho social [*social work*] é derivado em linha direta de uma compreensão do desenvolvimento do indivíduo humano na ascensão longa e contínua da dependência absoluta e em direção da independência. [...] Suponho que isso seja uma espécie de fé. De fé na natureza humana. Parece-me que esta fé tem valor com o princípio básico do trabalho social.

Comentário: Ao definir o trabalho social, Winnicott retoma elementos centrais da sua “psicologia dinâmica”, ou seja, de sua antropologia maturacional, conforme observado anteriormente.

8.3.2 Oposição à objetificação naturalista dos distúrbios humanos

DH 1969b/1994, p. 425

Infelizmente, médicos e enfermeiras, de modo geral, têm de ser incluídos aqui [entre os que simplificam indevidamente os problemas da saúde] porque seu trabalho baseia-se também em uma super simplificação essencial: a enfermidade já se acha presente e a tarefa é erradicá-la. Mas a natureza humana não se assemelha à fisiologia e à anatomia, embora nelas se baseie, e os médicos mais uma vez são, por autos seleção, seleção e treinamento, inaptos a realizar o trabalho que o trabalhador social desempenha de reconhecer e conter e acreditar no conflito e no sofrimento humanos, o que significa tolerar sintomas que fornecem evidência de aflição profunda.

Comentário: A crítica à redução dos problemas de saúde a questões de natureza física é uma constante no pensamento de Winnicott.

8.3.3 Trabalhador social como um novo tipo de terapeuta

a) Não é um analista, mas um provedor.

DI 1963b/1983, p. 204

Eu penso em cada trabalhador social como sendo um terapeuta, mas não como o tipo de terapeuta que faz a interpretação correta e na hora exata, interpretação que elucida a neurose de transferência. Façam-na se quiserem, mas sua função mais importante é a terapia do tipo que é sempre conduzida pelos pais na correção de falhas relativas da provisão ambiental.

Comentário: O trabalhador social winnicottiano oferece cura pelo cuidado, e não cura pela palavra.

8.3.4 *Vantagens relativas do trabalhador social em comparação ao analista*

DJ 1959a/1983, p. 146.

Há uso muito mais amplo dos fenômenos de transferência na psicanálise do que em serviço social (psiquiátrico), por exemplo. Isto dá uma vantagem terapêutica do analista sobre o assistente social, mas é necessário lembrar que há vantagens que permanecem com o que trabalha com casos mais gerais, trabalhando com as funções do ego do paciente, estando em posição melhor para se relacionar com as necessidades do ego do paciente para favorecimento social. Como analistas estamos frequentemente envolvidos nisto que não é nossa função.

8.3.5 *A “filosofia” para os trabalhadores sociais*

DK 1969b/1994, p. 425

(1) Os trabalhadores sociais precisam exatamente agora cuidar a filosofia de seu trabalho todo o tempo; necessitam saber quando devem lutar para que se lhes permita (e pague) fazer a coisa difícil e não a fácil; têm de buscar apoio onde ele pode ser encontrado e não esperar que este lhes venha da administração, dos que pagam impostos e de figuras parentais de modo geral. (2) Na realidade, nesta situação localizada, os assistentes sociais precisam ser eles próprios as figuras parentais, seguros de sua própria atitude, mesmo quando não apoiada, e com frequência na posição curiosa de reivindicar o direito de se exaurir no exercício de seus deveres, antes que serem seduzidos para o caminho fácil da indução da conformidade.

Comentário: Em (1), a filosofia recomendada por Winnicott aos trabalhadores sociais é menos uma teoria do que uma política: a de buscar apoio dos responsáveis pelas políticas públicas da saúde e assistência social para desenvolver suas atividades. Em (2), revela a base ética dessa reivindicação política: o dever de cuidar de pessoas com necessidades maturacionais, não imposto por uma ética da lei, moral ou estatutária, mas, sim, por uma ética do cuidado, um ter-de-cuidar inscrito nos relacionamentos entre seres humanos. Para mais detalhes sobre a ética do cuidado de Winnicott e Heidegger, ver Loparic, 2013.

8.3.6 *Um problema a evitar: diluição da responsabilidade*

DL 1958/1994, p. 336

(1) No trabalho social, a expressão “atendimento assistencial de caso” [*case work*] descreve o esforço por reunir todos os diferentes elementos e situar a responsabilidade central em um só trabalhador social. (2) Observou-se a respeito do trabalho social que pode haver muitas agências interessadas em um caso, de maneira que o problema central tende a ser dividido entre essas várias agências, e pode existir ou não existir um mecanismo para a reintegração do caso. Este estado de coisas, ou na ausência de “atendimento assistencial de caso” [*casework*], é descrito no livro [Balint, 1957] sob o título de “conluio do anonimato”. É questionável se este termo realmente transmite o que o autor pretende transmitir. (3) Eu sugeriria que o grupo está descrevendo a *dispersão dos agentes responsáveis* e mostrando como, em certos casos, esta disseminação tem como causa um transtorno psiquiátrico do paciente ou de uma das figuras centrais do drama social. Contudo, esta expressão alternativa falha em transmitir um pouco do que o autor [Balint] quis dizer. Ele fornece uma descrição clara do efeito deste conluio de anonimato sobre a evolução do caso.

Comentário: (1) A responsabilidade pelo tratamento do problema no seu todo deve ser centralizada e total. (2) Observa-se uma fragmentação do problema central em vários outros,

menos relevantes, o que conduz à dispersão dos agentes terapêuticos, e, em particular, ao anonimato do agente responsável. **(3)** Explicitação da causa da dispersão de problemas.

Leitura complementar:

Dispersão de agentes responsáveis na medicina

DM 1964c/1994, p. 83

Muitos pacientes não dividem o seu cuidado médico em duas partes; a cisão se dá em fragmentos múltiplos, e nós, como médicos, nos descobrimos agindo no papel de um desses fragmentos. Utilizei [...] o termo “dispersão dos agentes responsáveis” para descrever esta tendência. Pacientes desse tipo fornecem os exemplos citados em levantamentos de assistência social nos quais se descobriu que vinte, trinta ou mais agências se achavam envolvidas no alívio da aflição de uma só família. Os pacientes com dissociações múltiplas também exploram as divisões naturais na profissão médica [...].

Comentário: Esse fragmento retoma a observação da resenha do livro de Balint de 1957.

8.3.7 Relevância do trabalho social winnicottiano e das práticas terapêuticas winnicottianas, em geral, para as políticas de saúde pública

DN 1970b/1997, p. 238

Portanto, é o trabalho social que pode nos dar o *feedback* na política, local e geral, na pediatria, na prática legal, na psiquiatria adulta.

Comentário: No final da vida, Winnicott vislumbrou a possibilidade de um trabalho social que excedesse as fronteiras do atendimento assistencial psiquiátrico e da medicina, e que alimentasse uma série de áreas da vida social, tais como a política e a legislação sobre a saúde pública.

8.3.8 Formação de trabalhadores sociais winnicottianos

a) Públicos-alvo.

O manejo pelo trabalho social winnicottiano pode ser oferecido para públicos variados, compostos por instituições e indivíduos, e praticado por cuidador individual ou por equipes, os *settings* também podem ser individuais ou institucionais. Quanto à formação, o trabalhador social poder ter diferentes tipos de formação (psicologia dinâmica winnicottiana, psiquiatria médica, pediatria médica, assistência social, pedagogia, entre outras), embora nenhuma formação ensine a condição essencial para oferecer provisão social: a capacidade de identificação cruzada. Como vimos, Winnicott incluiu entre os cuidadores por manejo todos os indivíduos – pais, membros da família, amigos, colegas e compatriotas – que tenham desenvolvido essa capacidade no seu processo de amadurecimento.

b) O que os assistentes sociais formados no behaviorismo não sabem.

DO 1969b/1994, pp. 424-425

[os assistentes sociais formados no behaviorismo] *não saberão* que existe outro tipo de assistência social, uma assistência orientada no sentido da facilitação dos processos de

desenvolvimento; não saberão do valor positivo de conter as tensões e os estresses de indivíduos e grupos, e de permitir que o tempo cure; eles *não saberão* que a vida é realmente difícil, e que é apenas a luta pessoal a que conta, e que somente isto é que o indivíduo sente valer a pena.

Comentário: Reafirmação da posição holística, totalizadora, de Winnicott, obviamente relacionada a realizações da teoria do amadurecimento, lembrada também no seguinte trecho: “Devido à vastidão do campo, é inevitável a especialização num sentido ou no outro. No entanto, como pensadores, não estamos dispensados de tentar uma abordagem holística” (1970a/1999, p. 106).

9. As instituições para tratamento em termos de atendimento assistencial psiquiátrico winnicottiano de crianças

9.1 Instituições existentes na Inglaterra

DP 1959b/2011, p. 188

Atualmente, toda vez que se fazem necessários o atendimento de caso e a reconstrução do ambiente externo da criança, esta tem que ser removida para regiões onde não há psicoterapia.

DQ 1966/2005, p. 184

Na verdade, o tratamento (e a prevenção) do distúrbio emocional na infância tem sido e será feito por assistentes sociais psiquiátricos, funcionários da assistência infantil (Comitê Infantil) e oficiais de justiça, e toda a comunidade de assistentes residenciais em internatos para crianças difíceis (doentes).

DR 1970d/2017, p. 177

Consideremos as seguintes ramificações do trabalho social:

A Hospitais mentais de Trabalho Social Psiquiátrico

B Abrigos de Trabalho Social Psiquiátrico

C Hospitais de assistência social (*almoners*)

D Casas para crianças em conflito com a lei

E Instituições de cuidado residencial de crianças

Comentário: Sobre as instituições do tipo E, ver *Privação e delinquência* (capítulos 8 e 26). Haveria interesse em fazer a comparação com as instituições do mesmo tipo hoje existentes no Brasil.

9.2 Falta de um hospital mental para crianças e adolescentes

DS 1959b/2011, p. 188

[existe uma gritante necessidade] de uma instituição que eu descreveria como um hospital psiquiátrico para crianças, com equipamentos educacionais realmente bons, situado num local próximo a nossa clínica. Deste modo, poderíamos proporcionar um tratamento psicanalítico imediato a crianças que precisam ser mantidas em instituições para desajustados. É claro que só conseguiríamos atender a um número limitado de indivíduos, mas poderíamos ao menos estar ganhando experiência.

Comentário: Um hospital psiquiátrico para crianças em condições de oferecer atendimento pró-amadurecimento do tipo winnicottiano era um sonho de toda a vida de Winnicott, que nunca foi realizado.

9.3 Necessidade de instituições e de formação de cuidadores

DT 1966/2005, p. 184

Em poucas palavras, necessitamos agora, como há trinta anos, de um albergue ou internato experimental para meia dúzia de crianças, a se localizar na área em que vivam e trabalhem psicanalistas. É o único modo de se começar a resolver o problema do tratamento de crianças de qualquer idade que precisem simultaneamente de tratamento de dois tipos, manejo especializado e terapia pessoal intensiva. [...] A qual Ministério podemos solicitar apoio para esse trabalho limitado e preliminar, que estabelecerá um padrão, no curso de uma década, para a expansão dessas condições de atendimento e treinamento de pessoal?

Comentário: Este trecho da carta ao *The Times* de 1966 resume o núcleo central da teoria winnicottiana da provisão ambiental e, ao mesmo tempo, revela seu pessimismo quanto às conduções institucionais para a sua realização.

9.4 Resumo sobre atendimento por assistência social de casos de psiquiatria do tipo considerado aqui

DU 1959b/2011, p. 192

(1) O atendimento assistencial torna-se o elemento principal nos casos em que, além do distúrbio da criança, há uma deficiência ambiental que precisa ser corrigida. Chamei a atenção sobretudo para aqueles casos em que um elemento desintegrador confere ao atendimento de caso sua função específica. [...] (2) O trabalho efetivo aqui não é tão importante quanto a organização de uma tendência ativa à integração ou uma sustentação [*holding*] [reativa] do material potencialmente desintegrador. Em minha concepção, são essas as situações a que melhor se aplica o termo atendimento de caso.

Comentário: (1) Em casos em que o ambiente é disruptivo ou mesmo quebrado, impactando certa linha do amadurecimento, seja na forma de privação ou de deprivação, o atendimento assistencial torna-se necessário como complemento à psicoterapia ou mesmo para ocupar o lugar dela. (2) O atendimento assistencial consiste em: organizar o ambiente de modo que este possa facilitar o processo de amadurecimento assumido pelo paciente e prover uma sustentação ambiental em contraposição ao fator desagregador.

10. Manejo de inspiração parental na medicina e na enfermagem

10.1 Dois tipos de cura na história da medicina

DV 1970a/1999, p. 105

(1) Acredito que “cura”, em suas raízes, signifique cuidado. (2) Mais ou menos por volta de 1700, ela começou a degenerar, passando a designar um tratamento médico, como, por exemplo, a cura pela água. O século seguinte acrescentou-lhe implicação do desfecho bem-sucedido. A saúde se restaura no paciente, a doença é destruída, exorciza-se o espírito mau. [passa-se] de cuidado para remediação [...].

Comentário: (1) Na cultura ocidental, desde a Antiguidade, cuidado significa atendimento às necessidades física e pessoais por pessoas próximas ou pela comunidade, um conjunto de práticas sociais assistenciais criado pelo cristianismo primitivo e inspirado nos Evangelhos, por exemplo, na parábola do bom samaritano. (2) Esse sentido foi se perdendo pela objetificação do existir humano e das doenças na modernidade europeia, mediante a filosofia e

as ciências da época, que se tornaram a base de grande parte de práticas médicas da atualidade (medicalização etc.).

10.2 Dois tipos de medicina na atualidade

DW 1970a/1999, p. 106

A cura, no sentido do tratamento, da bem-sucedida erradicação da doença e sua causa, tende hoje a se sobrepôr ao cuidado. [...] Pode-se dizer que o clínico geral cuida, mas precisa conhecer os tratamentos. Em contraste, o especialista se vê com problemas de diagnóstico e erradicação da doença, e tem que se esforçar para lembrar do seguinte: o ato de cuidar também pertence à prática médica.

Comentário: A oposição entre as duas modalidades da medicina perpassa o pensamento de Winnicott desde os anos 1920.

10.3 Tentativas atuais de integrar os dois tipos de medicina

DX 1970a/1999, p. 106

Os médicos estão engajados em tempo integral na batalha de impedir que os dois significados da palavra percam contato um com o outro. Pode-se dizer que o clínico geral cuida, mas precisa conhecer os tratamentos. Em contraste, o especialista se vê com problemas de diagnóstico e erradicação da doença, e tem que se esforçar para lembrar do seguinte: o ato de cuidar também pertence à prática médica. Num desses dois extremos, o médico é um assistente social, e, na verdade, quase que pesca em águas do cura, ou seja, do ministro religioso. No outro extremo, o médico é um técnico, tanto ao fazer o diagnóstico quanto ao aplicar o tratamento.

Comentário: Numa carta de 1919 dirigida à sua irmã Violet, Winnicott (1919/2005, p. 6) escreveu: “Provavelmente serei acusado de blasfêmia se disser que Cristo foi um eminente psicoterapeuta”, acrescentando que a real compreensão da religião consiste em reconhecer e valorizar seu uso no estabelecimento de um padrão ético elevado, capaz de ajudar pessoas a se tornarem “membros normais e úteis da sociedade, numa posição a partir da qual podem se desenvolver ao longo de suas próprias linhas individuais”. Essas palavras prenunciam sua frase “O cristianismo é essencialmente um caminho [*method*] de vida – de vida em seus elementos mais crus e integrais” (2011, p. 258), e ecoam com força nos seus últimos escritos.

10.4 Base teórica para a complementação

DY 1970a/1999, p. 106

Devido à vastidão do campo, é inevitável a especialização num sentido ou no outro. No entanto, como pensadores, não estamos dispensados de tentar uma abordagem holística.

Comentário: A abordagem holística leva em conta o ser humano como um todo, em especial, insere-o na sua história total que vai da concepção até a morte.

10.5 Perspectivas na época de Winnicott

DZ 1966/ 2005, p. 184

(1) Agora é tarde para que a psiquiatria ou a pediatria postulem um interesse na nossa especialidade. (2) Devemos seguir em frente apenas com uma ligação amistosa com as duas disciplinas estabelecidas, e (3) traçar planos conforme as necessidades que apenas nós conhecemos.

Comentário: (1) Nesta carta ao *The Times*, de 1966, Winnicott identifica-se como assistente social. (2) contenta-se com um relacionamento de boa vizinhança com a medicina mecanicista e (3) propõe, ao que tudo indica, a elaboração de projetos de atendimento assistencial com base na sua teoria da clínica maturacional, ainda desconhecida do público especializado, que inclui psicoterapia, assistência social e formas de colaboração entre as duas.

10.6 Clínica médica geral como extensão de *holding*

EA 1970a/1999, p. 106

Pode-se dizer que o clínico geral cuida, mas precisa conhecer os tratamentos. Em contraste, o especialista se vê com problemas de diagnóstico e erradicação da doença, e tem que se esforçar para lembrar do seguinte: o ato de cuidar também pertence à prática médica.

Comentário: Winnicott resgata aqui, mais uma vez, tanto o sentido de “terapia” na medicina grega – que consiste em atender, servir, curar, restaurar por inteiro – quanto o dos Evangelhos – que consiste em curar e salvar (ver, por exemplo, Mt. 4:23, 24; 8:16; Atos 17:25).

10.7 O *holding* materno como fonte de cuidados na clínica médica geral

EB 1970a/1999, pp. 112-113

Existe uma coisa que necessita especialmente ser recuperada na prática médica, e vou terminar minha palestra falando nela. Ocorre que o cuidar-curar é uma extensão do conceito de sustentação [*holding*]. Começa com o bebê no útero, depois com o bebê no colo, havendo um enriquecimento a partir do processo de crescimento da criança, pois a mãe que conhece aquele bebê específico que ela deu à luz torna esse enriquecimento possível.

Comentário: Como vimos na citação anterior, o cuidar faz parte da atividade médica como tal.

10.8 A mesma coisa aplica-se aos enfermeiros (e assistentes sociais)

EC 1970a/1999, p. 106

(1) O que as pessoas querem de nós, médicos e enfermeiros? O que queremos de nossos colegas, quando somos nós que ficamos imaturos, doentes ou velhos? Essas condições – imaturidade, doença e velhice – trazem consigo a dependência. (2) Segue-se que é necessário haver confiabilidade. Como médicos, assistentes sociais e enfermeiros, somos chamados a ser confiáveis de modo humano (e não mecânico), a ter confiabilidade construída sobre nossa atitude geral.

Comentário: (1) O grupo, constituído por clínicos gerais, enfermeiros e assistentes sociais, junta-se aos psicoterapeutas winnicottianos para oferecer provisão ambiental a pessoas de várias idades em condições de dependência. (2) Aqui, a ênfase recai sobre um aspecto dessa provisão: a confiabilidade, que, segundo Winnicott, desde Hipócrates, faz parte da prática médica (1959a/1983, p. 147), que, desde as primeiras formulações, é um requisito da clínica winnicottiana e que, nesse texto, é estendido à enfermagem e à assistência social, às quais podemos, sem dúvida, acrescentar a educação. A confiabilidade, por sua vez, implica estabilidade, segurança, previsibilidade e responsabilidade, todas elas condições ambientais

essenciais para a realização da tendência à integração, que move e provê o processo de amadurecimento.

10.9 Bases existenciais para a extensão do *holding* em forma de cuidados assistenciais de médicos e enfermeiros

ED 1970a/1999, p. 113

Portanto, quando falo em cura no sentido do cuidar-curar, aparece a tendência natural de médicos e enfermeiros a responder às necessidades dos pacientes, mas agora isso é explicitado em termos de saúde: é registrado em termos da dependência natural do indivíduo imaturo, que evoca, nas figuras parentais, a tendência a fornecer condições que incrementem o crescimento individual. Isso não é cura no sentido da medicação, mas sim no sentido do cuidar-curar, o assunto de minha palestra e poderia ser o lema de nossa profissão.

Comentário: Os médicos e os enfermeiros são interpelados pelas necessidades maturacionais dos pacientes, da mesma forma que os pais o são pelas solicitações, do mesmo tipo, de filhos e devem responder da mesma forma: provendo cuidados.

Referências*

- Little, M. I. (1990). *Angústias psicóticas e Prevenção*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- Loparic, Z. (2013). A ética da lei e a ética do cuidado. In Z. Loparic (org.), *Winnicott e a ética do cuidado* (pp. 19-53). São Paulo: DWWeditorial.
- Loparic, Z. (2023a). A estrutura e os usos dos casos clínicos de Winnicott. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Artigos pp. 18-35, 19/05/2023.
- Loparic, Z. (2023b). O caso Kathleen, comentário sobre o Capítulo 10, “Um caso tratado em casa”, de *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Comentários pp. 52-77, 08/11/2023.
- Loparic, Z. e Rosa, C. D. (2024). O caso Patrick – um comentário. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Comentários, pp. 1-29, 07/06/2024.
- Winnicott, D. W. (1919). Carta 1 - Para Violet Winnicott, 15 de novembro. In D. W. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 3-7). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1941). A observação de bebês numa situação padronizada. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 112-132). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1947). Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 59-80). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

* Todas as referências, no corpo do texto, em que não constam o nome do autor são de D. W. Winnicott. Nos casos em que são mostradas duas datas, a primeira refere-se à publicação original e a segunda, à edição consultada.

- Winnicott, D. W. (1948). Pediatria e psiquiatria. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 233-253). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1949). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1950). Algumas reflexões sobre o significado da palavra “democracia”. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 249-271). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto [setting] psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1955a). Formas Clínicas da transferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1955b). Clínica particular. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 225-229). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1956a). Pediatria e neurose da infância. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 417-423). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1956b). A tendência antissocial. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 406-416). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958). Resenha de *The Doctor, His Patient and the Illness* (Parte II do Capítulo 52, Michael Balint). In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 334-337). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1959-1964). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 114-127). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1959a). Contratransferência. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 145-151). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1959b). Atendimento de caso com crianças mentalmente perturbadas. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 177-192). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1959c). Uma abordagem clínica aos problemas familiares: a família. In D. W. Winnicott, *Pensando sobre crianças* (pp. 70-72). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

- Winnicott, D. W. (1960a). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1960b). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1961a). Psicose na infância. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 53-58). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1961b). Variedades de psicoterapia. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 263-274). São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- Winnicott, D. W. (1962a). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962b). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 225-233). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962c). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962d). Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 59-61). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1962e). Treinamento para psiquiatria de crianças. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 175-183). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963a). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 207-217). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963b). Os doentes mentais na prática clínica. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 196-206). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

- Winnicott, D. W. (1963c). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963d). Psicoterapia dos distúrbios de caráter. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 184-195). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963e). O valor da depressão. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 59-68). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1964a). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 77-81). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1964b). Carta 87 - Ao Editor, *New Society*, 23 de março. In D. W. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 169-172). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1964c). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos (Parte I do Capítulo 20, Transtorno [*disorder*] psicossomático). In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 82-90). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965a). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 94-101). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965b). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 102-115). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965c). Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 260-282). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965d). Introdução. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 15-16). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1966). Carta 96 - Ao Editor, *Times*, 3 de março. In D. W. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 183-184). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1967a). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1967b). O brincar: a atividade criativa e a busca do Eu (*self*). In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 79-94). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

- Winnicott, D. W. (1968a). O jogo do rabisco [*Squiggle Game*]. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 230-243). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968b). O brincar: uma exposição teórica. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 59-78). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1968c). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1969a). Carta 118 - Para F. Robert Rodman, 10 de janeiro. In D. W. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 215-218). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1969b). Terapia comportamental. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 424-426). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1969c). Fisioterapia e relações humanas. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 427-432). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1970a). A cura. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 105-114). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1970b). Psiquiatria infantil, serviço social e atendimento alternativo. In D. W. Winnicott, *Pensando sobre crianças* (pp. 235-238). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Winnicott, D. W. (1970c). Dois outros exemplos clínicos (Parte II do Capítulo 37, Sobre as bases para o *self* no corpo). In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 211-218). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1970d). A Personal Statement on Child Psychiatry. In D. W. Winnicott, *The Collected Works of D. W. Winnicott: Vol. 9, 1969-1971* (pp. 175-178). New York: Oxford University Press, 2017.
- Winnicott, D. W. (1970e). Contribution to the Final Number of *Case Conference*. In D. W. Winnicott, *The Collected Works of D. W. Winnicott: Vol. 9, 1969-1971* (pp. 179-180). New York: Oxford University Press, 2017.
- Winnicott, D. W. (1970f). Vivendo de modo criativo. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 23-39). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1970). Assistência residencial como terapia. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 249-260). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
- Winnicott, D. W. (1971a). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

- Winnicott, D. W. (1971b). Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzadas. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 163-186). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (2011). Appendix A. In S. E. Parker, *Winnicott and Religion* (pp. 257-260). Lanham, Maryland: Jason Aronson.
- Winnicott, D. W. (2016). The Judge Baker Guidance Center – 50th Anniversary, April 13 - 14, 1967. Principles of direct therapy in Child psychiatry. In D. W. Winnicott, *The Collected Works of D. W. Winnicott: Vol. 12, Appendices and Bibliographies (Part 29, 1)*. New York: Oxford University Press. (Versão On-line)