



Winnicott e os desafios da clínica contemporânea

© Roberto Girola (www.robortogirola.com.br)

Objetivo do curso

O objetivo da aula é apresentar os fundamentos da teoria winnicottiana, sua importância na evolução do pensamento psicanalítico e os desafios que sua visão do desenvolvimento humano traz para a clínica contemporânea, com particular ênfase na constituição do SELF.



Roteiro de leitura I

- ▶ Roteiro de leitura das principais obras de Winnicott:
 - ▶ WINNICOTT, D.W. “A defesa maníaca”. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, Cap. XI.
 - ▶ _____ . “Desenvolvimento emocional primitivo”. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, Cap. XII.
 - ▶ _____ . “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self”. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, Cap. 12.
 - ▶ _____ . “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, Cap. I.
 - ▶ _____ . “O uso de um objeto e relacionamentos através de identificações”. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, Cap. VI.
 - ▶ _____ . “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico”. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, Cap. XXII.
-



Roteiro de leitura II

- ▶ _____ .“O medo do colapso”. In: *Explorações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, Cap. 18.
- ▶ _____ .“A preocupação materna primária”. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, Cap. XXIV.
- ▶ _____ .“Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica”. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, Cap. 23.
- ▶ _____ .“Formas clínicas da transferência”. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, Cap. XXIII
- ▶ _____ .“A tendência antissocial”. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, Cap. XXV.
- ▶ _____ .“Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?”. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, Cap. 11.
- ▶ _____ .“Teoria do relacionamento paterno-infantil”. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, Cap. 3.

Roteiro de leitura III

- ▶ _____ .“Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade”. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, Cap. XIV.
 - ▶ _____ .“A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional”. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, Cap. XVI.
 - ▶ _____ .“Psicose e cuidados maternos”. In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, Cap. XVII.
 - ▶ _____ .“A localização da experiência cultural”. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, Cap.VII.
 - ▶ _____ .“Psicanálise do sentimento de culpa”. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre:Artes Médicas, 1983, Cap. I.
 - ▶ _____ .“Enfoque pessoal sobre a contribuição kleiniana”. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre:Artes Médicas, 1983, Cap.16.
 - ▶ _____ .“O desenvolvimento da capacidade de se preocupar”. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre:Artes Médicas, 1983, Cap. 6. Cap.6.
 - ▶ _____ .“A capacidade de estar só”. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre:Artes Médicas, 1983, Cap. 2.
-



Bibliografia complementar I

- ▶ ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000
 - ▶ BAUMAN, Z & DONSKIS, L. *Cegueira moral*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
 - ▶ BAUMAN, Z. *A ética é possível num mundo de consumidores*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
 - ▶ BALINT, M. *A falha básica.: Aspectos terapêuticos na regressão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
 - ▶ BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
 - ▶ BOKANOWSKI, T. *Sándor Ferenczi*. São Paulo: Lettera, 2000.
 - ▶ DEAN-GOMES, g. *Budapeste, Viena, Wiesbaden*. São Paulo: Blucher, 2019.
 - ▶ FERENCZI, S. (1913) “Fasi evolutive del senso di realtà”. In: *Sandor Frenzi Opere*, Vol II. Milano: Reffaello Cortina Editore, 1974.
 - ▶ _____ . “Il problema dell’affermazione del dispiacere. Progressi nella conoscenza del senso di realtà”. In: *Sandor Frenzi Opere*, Vol III. Milano: Reffaello Cortina Editore, 1974.
-

Bibliografia complementar II

- ▶ _____ . “Confusão de línguas entre os adultos e a criança: O idioma da ternura e o idioma da paixão”. In: *Sandor Ferenczi Opere*, Vol IV. Milão: Raffaello Cortina Editore, 1974.
 - ▶ FIGUEREDO, I. C. *A Psicanálise: Caminhos no mundo em transformação*. São Paulo: Escuta, 2018.
 - ▶ FREUD, S. (1914). *Sobre o narcisismo: Uma introdução*. In: _____. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 81-108
 - ▶ _____. (1914). *Além do princípio do prazer*. In: _____. *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp 11-78.
 - ▶ _____. *A negativa*. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago. 1996, pp. 261-269.
 - ▶ GIROLA, R. Winnicott: rumo a uma clínica do self”. In: *A psicanálise cura?*. Aparecida: 2004, pp. 127-159.
-



Bibliografia complementar III

- ▶ GREEN, A. "Pourquoi le mal?". In: *La folie privée*. Paris: Gallimard, 1990, pp. 369-401.
 - ▶ GREENBERG, J.R. & MICHELL, S.A. *Relações Objetivas na Teoria Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
 - ▶ HAN, BYUNG-CHUL. *A sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes.
 - ▶ LESCOVAR, G.Z. *Revisitando a clínica psicanalítica de Sándor Ferenczi através do vértice da comunicação*. Tese de Doutorado. São Paulo: IPUSP, 2008.
 - ▶ MAUTNER, A.V. "Ferenczi: Cultura e História". In KATZ, C.S. (org.) *Ferenczi: história, teoria e técnica*. São Paulo: Ed. 34, 1993.
 - ▶ MELMAN & LEBRUN. *O homem sem gravidade*, Rio: Comp. de Freud, 2003.
 - ▶ NETTELTON, S. *A metapsicologia de Christian Bollas: Uma introdução*. São Paulo: Escuta, 2018.
 - ▶ MEZAN, R. *Freud: a trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva, 2001.
 - ▶ PHILIPS, A. *Winnicott*. Aparecida (SP): Ideias & Letras, 2006.
 - ▶ PONTALIS, J-B. "Nascimento e reconhecimento do self". In: *Entre o sonho e a dor*. Aparecida: 2005, pp. 169-200.
 - ▶ PONTALIS, J-B. "Sobre o trabalho da morte". In *Entre o sonho e a dor*. Aparecida: Ideias & Letras; pp. 251-263.
 - ▶ SAFRA, G. *A face estética do self*. Aparecida: 2004, pp. 127-159.
-



Bibliografia complementar IV

- ▶ VATTIMO, Giovanni *O fim da modernidade: niilismo e hermenêutica na cultura pós-moderna*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1996. [1985]
 - ▶ VV.AA. *A pulsão de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.
 - ▶ WINNICOTT, D.W. *A natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
 - ▶ _____ . *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.
 - ▶ _____ . *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999 (II Ed.).
 - ▶ _____ . *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
 - ▶ _____ . *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
 - ▶ _____ . *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
 - ▶ _____ . “Duas notas sobre o uso do silêncio”. In: *Explorações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1975, Cap. 17.
 - ▶ O prof. Fulgêncio deu um curso na USP sobre Winnicott muito bem elaborado aqui vai o link da primeira aula:
 - ▶ <https://youtu.be/QchPhiUzC9A>
-





Parte I

Os pródromos da teoria winnicottiana em Freud e Ferenczi

Questões envolvendo a técnica ortodoxa

- ▶ Já nos anos 60 Balint se pergunta: “Por que mesmo os mais experientes entre nós têm casos difíceis e fracassos ocasionais?” (Balint, p. 6). Haveria uma subjetividade e uma clínica contemporâneas? “Por que as teorias psicanalíticas não são simplesmente testadas com relação aos dados disponíveis? (...) Não é possível simplesmente colecionar descrições dos tipos de pacientes que os clínicos encontram, organizá-los de acordo com categorias diagnósticas e decidir qual o modelo [psicanalítico] que explica a psicopatologia da maioria dos pacientes?” (Greenberg & Stephen, p. 287). Infelizmente as respostas não são simples!
- ▶ A clínica freudiana basicamente lidou com pacientes com conflitos internalizados, que se originam no complexo de castração. De acordo com Balint Trata-se de uma área específica do psiquismo: a área edípica -> tripessoal -> conflito).



Uma nova clínica?

- ▶ “À medida que nosso trabalho se torna mais profundo e abrangente, descobrimos elementos psicóticos (...) em nossos pacientes neuróticos. Para ir adiante com a minha tese, as fixações pré-genitais de nossos pacientes neuróticos muitas vezes existem por razões próprias e não simplesmente como fenômenos regressivos, organizados como defesas das ansiedades que fazem parte do complexo de Édipo” (Winnicott, 1963, p. 207s).
- ▶ Na clínica contemporânea, podemos notar a presença de pacientes “regressivos”, não analisáveis por meio da técnica ortodoxa,
- ▶ Tanto Figueredo (multimatricialidade) como Birman confirmam a necessidade de uma clínica que dialogue com as diversas teorias para suprir as necessidades do sujeito contemporâneo.
- ▶ O Prof. Loparic defende a tese que podemos falar de um novo paradigma winnicottiano (cf. [entrevista](#) com Pondé no canal Youtube)



O contexto

- ▶ Há muitas maneiras de estudar e ler Freud (metodologia, epistemologia/ontologia e Filosofia da Psicanálise).
- ▶ A genialidade de Freud se deu na instrumentalização clínica-investigativa do conceito de inconsciente, vigente na época, aplicado às patologias psíquicas que ele detectava em seus pacientes, no contexto social e cultural da época.

▶ **CONTEXTO HISTÓRICO**

- ▶ Naquele tempo, Viena era o centro intelectual da Europa. "O ambiente cultural da Áustria, o contexto iluminista pós-Revolução Industrial e a Revolução Francesa, aliados aos conhecimentos psiquiátricos, neurofisiológicos, literários, sociológicos, antropológicos e artísticos, contribuíram para que F. identificasse fenômenos mentais que iam além dos perceptíveis pela consciência. A burguesia ascendia e a sexualidade se tornava mais e mais um tabu" (Época Vitoriana).
-



A era vitoriana

- ▶ "A sociedade da era vitoriana [foi marcada] por moralismos e pela extrema disciplina, com preconceitos rígidos e proibições severas. Os valores vitorianos podiam classificar-se como “puritanos”, e na época, a poupança, a dedicação ao trabalho, a defesa da moral, os deveres da fé (...) eram considerados valores de grande importância. (...) Certas condições como a preguiça e o vício estavam vinculados à pobreza. E o sexo era alvo de repulsa social, uma vez que era associado às paixões baixas e o seu caráter animalesco provinha da carne. Por estas razões, considerava-se que a castidade era uma virtude que devia ser protegida. Os homens dominavam, tanto em espaços públicos, como em privado. E as mulheres deviam ser submissas e dedicar-se em exclusivo à manutenção do lar e à educação dos filhos. Existem vários exemplos de como a sociedade levava a moralidade ao extremo, entre eles está a condenação de Oscar Wilde e de Alfred Douglas a dois anos de trabalhos forçados por terem mantido um caso amoroso. (...) Talvez tenha sido esta moralidade acentuada que levou o psicanalista Jacques Lacan a dizer que sem a rainha Vitória não teria existido a Psicanálise”. (cf. https://pt.wikipedia.org/wiki/Era_vitoriana)
-

A visão clínica freudiana

- ▶ No *Projeto para uma psicologia científica* (o primeiro de seus escritos que tenta abordar o funcionamento psíquico de forma abrangente, sucessivamente abandonado) F. vê o funcionamento mental como um complexo aparato neuronal através do qual a energia vital tenta se abrir caminho para fluir livremente.
 - ▶ Sucessivamente na I e II Tópica F. identifica as instâncias (Cs, Ics, Ego, Id, superego) e os Princípios (Prazer/Desprazer/Realidade) implicados neste processo marcado pelo recalque que caracteriza o funcionamento neurótico.
 - ▶ “O ego procura então enfraquecer a ideia, retirando dela a soma de excitação que lhe corresponde. Enfraquecida, a ideia já não poderá provocar associações, fatalmente penosas; mas a soma de excitação – termo mais preciso que ‘afeto’ – precisará ser desviada para outra direção. Esse mecanismo de defesa, consistente em dissociar a ideia da excitação, é o mesmo para a histeria, para a fobia e para a obsessão; mas o destino da excitação é diferente em cada caso, provocando cada uma das três neuroses”. (Mezan, p. 11).
-



Clínica freudiana

- ▶ Método: Da ab-reação (*durcharbeit*) à associação livre (Da atenção flutuante à interpretação)
- ▶ Finalidade terapêutica: Tornar o inconsciente > consciente. **Ter acesso aos desejos duradouros e reprimidos da infância que emprestariam a força para a formação de sintomas, sendo o tratamento analítico um “aperfeiçoamento EDUCATIVO destinado a VENCER os resíduos infantis, uma vez que o paciente pode ficar preso ao autoerotismo e ao princípio de prazer.**
- ▶ Modelo antropológico freudiano: “F. toma a *descarga de energia psíquica (libido)* como o seu bloco de armar conceitual fundamental, destinando às relações com os outros um *status* que não é nem central nem imediatamente visível”. (Greenberg & Mitchell, p. 284).



Ferenczi: interlocutor privilegiado de Freud

- ▶ Todos sabemos que a Psicanálise não teria se iniciado sem a presença de Fliess, mas não é possível estudar o desenvolvimento da clínica psicanalítica freudiana sem levar em consideração as contribuições de Ferenczi e o caráter peculiar da relação humana entre eles (“Paladino e Grão-vizir secreto”).
- ▶ Raízes culturais da Psicanálise Húngara: **valor libertário** (como parte dos movimentos revolucionários, anti-imperialistas e fortemente nacionalistas). **Caráter interdisciplinar**, adotada pelos literatos, antropólogos, políticos, etc., “A Psicanálise se instalou inteira na cultura, ela se fez cultura”. (Mautner, pp. 28) – contra o Fascismo antissemitismo e o Comunismo.
- ▶ As diferenças de personalidade:
 - ▶ Ferenczi: sempre priorizou o cuidado e o AFETO (psiquiatra clínico). Inquieto e interessado em avanços terapêuticos, antes mesmo de conhecer Freud. Clínico interessado no Humano. Parte do princípio que os seres humanos são seres sociais.
 - ▶ Freud tornou-se conhecido não só pela sua genialidade , mas também pela sua intransigência diante daqueles que não concordavam com ele > cf. as famosas dissidências de Jung, Adler, Reich, (Suicídio de Tausk), Rank... F. era um isolado: Morávia & Austria. Judeu & burguês. Interessado no estabelecimento da Psicanálise. Neuroanatomista: de viés biologizante.



O problema do narcisismo em Freud

- ▶ Textos de 1919-1915: o narcisismo primário é localizado entre o autoerotismo primitivo e o amor objetal primitivo, sua formação é contemporânea à primeira estruturação do ego.
 - ▶ Para Laplanche-Pontalis o narcisismo é uma fase necessária na evolução que vai do autoerotismo das pulsões parciais à escolha de objeto. Trata-se de uma fase precoce onde se esboça **a formação do ego que é investido pela libido**.
 - ▶ Com a segunda tópica o narcisismo primário designa um estado anterior à constituição do ego, suprimindo a distinção entre autoerotismo e narcisismo.
 - ▶ Muitos autores consideram o narcisismo primário um estado indiferenciado, sem clivagem entre sujeito e mundo externo. -> cf sentimento oceânico mencionado no *Mal-estar da civilização*
 - ▶ Em *Sintomas, inibições e ansiedade* F pontua: “Entre os fatores [quantitativos] que desempenham seu papel na causação das neuroses e que criam as condições sob as quais as forças da mente são lançadas umas contra as outras, surgem três de forma proeminente: um fator biológico, um filogenético e um puramente psicológico.” (Vol XX, 1926, p. 151)
-

O fator biológico nas neuroses

- ▶ “O **fator biológico** é o longo período de tempo durante o qual o jovem da espécie humana está em condições de desamparo e dependência. Sua existência intrauterina parece ser curta em comparação com a da maior parte dos animais, sendo lançado ao mundo num estado menos acabado. Como resultado, a influência do mundo externo real sobre ele é intensificada e uma diferenciação inicial entre o ego e o id é promovida. Além disso, os perigos do mundo externo têm maior importância para ele, de modo que o valor do objeto que pode somente protegê-lo contra eles e tomar o lugar da sua antiga vida intrauterina é enormemente aumentado. O fator biológico, então, estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que acompanhará a criança durante o resto de sua vida.” (Id., Ibid., p. 151)
 - ▶ -> evidencia-se a importância do objeto na constituição do EU.
-



O fator psicológico

- ▶ O fator **psicológico** “reside em um defeito do nosso aparelho mental que tem a ver precisamente com sua *diferenciação em um id e um ego*, e que é portanto também atribuível, em última análise, à influência do mundo externo. Em vista dos perigos da realidade [externa], o ego é obrigado a resguardar-se contra certos impulsos instintuais no id e a tratá-los como perigos. Mas não pode proteger-se dos perigos instintuais internos tão eficazmente quanto pode de alguma realidade que não é parte de si mesmo. Intimamente vinculado ao id como está, só pode desviar um perigo instintual restringindo sua própria organização e aquiescendo na *formação de sintomas* em troca de ter prejudicado o instinto. Se o instinto rejeitado renovar seu ataque, o ego é dominado por todas aquelas dificuldades que nos são conhecidas como males neuróticos.” Id., Ibid., p. 152)
-
- 

Problema na clínica I (Ferenczi)

- ▶ Ferenczi: analista dos casos difíceis:
 - ▶ Ferenczi foi o primeiro que indicou o caminho da clínica psicanalítica contemporânea. Sua clínica foi construída diante dos “distúrbios graves de caráter, personalidades ‘como se’, estruturas narcísicas, ‘casos-limite,’etc.”. (Bokanowski, p. 8) > “exploração das zonas psíquicas em que o simbólico não se manifesta, zonas psíquicas que podem explicar entraves e **capacidades de desligamento do funcionamento originário da psique**”. (Bokanowski, p. 9)
 - ▶ Desacordos com Freud:
 1. Ferenczi desenvolve experimentações clínicas que vão da técnica ativa a análise mútua.
 2. “Perspectivas da Psicanálise” (1925) : Transferência materna > questionamento da primazia da angústia de castração sobre a etiologia da neurose.
 3. Importância do trauma “real” e das situações de abuso.
 4. Primórdios do conceito de ambiente facilitador e da importância dos manejos no setting analítico (importância da Transferência empática e Elasticidade da técnica).
 5. Desde 1925: “Psicanálise dos hábitos sexuais”: relaxamento & associação livre
-



Problema na clínica II (Ferenczi)

- ▶ A) Ano da virada: 1928: “Adaptação da família à criança”; “Elasticidade da Técnica Psicanalítica”; “O Problema do final de análise”
- ▶ B) A dependência da criança da qualidade de seus cuidados: e a empatia como base da comunicação mãe-bebê e da relação analítica;
- ▶ C) Da dependência relátiva à independência relativa: “Transferência e Introjeção” (1909) e “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios” (1913).
- ▶ Se por um lado F. salienta a importância dos objetos externos como constituintes do psiquismo, Ferenczi fala da importância e da qualidade da **relação** com tais objetos, da mesma forma que destaca a importância da relação do paciente com o analista como objeto.



Problema na clínica III (Ferenczi)

- ▶ Decorre daí a importância para este autor da flexibilidade do setting analítico e da análise do analista.
 - Futuro da Psicanálise Contemporânea: “Confusão de Línguas entre os adultos e a criança”(1932) -> a centralidade do trauma & clivagem
 - “À partir das ideias de Ferenczi expressas em seu texto “Confusão de Línguas”(1932), a teoria do trauma antes propostas por F., encontra expansão, em um modelo relacional que pressupõe que as relações são constituídas à partir de experiências subjetivas. Traumas seriam portanto a marca da confusão entre os limites e necessidades de uma relação intersubjetiva, e a prova que o desenvolvimento do psiquismo depende da qualidade das interrelações”. (Goldfajn, D. S. Conversa Pessoal Aula CEP de 13/11/15)
-



Problema na clínica IV (Ferenczi)

- ▶ D) A necessidade de acolhimento das regressões em análise e do fato da “progressão traumática”
 - ▶ Gradualmente ao longo de sua clínica, Ferenczi foi reconfigurando a gênese dos adoecimentos psíquicos por meio da **negação**, “por intermédio da mentira, da hipocrisia, da crueldade [loucura] e /ou humilhação da criança de sua própria percepção de si, dos outros e da Realidade, às custas do que descreveu como **clivagens do ego prematuras da crianças**”. (Lescovar, 2008, 84).
- ▶ E) Maior ênfase nas experiências constitutivas em análise > revisão da interpretação para além do racionalismo > os vários usos da linguagem (não verbal, lúdica – entre realidades e verbal)



Heranças da clínica de Ferenczi

- ▶ Base da clínica psicanalítica sobre a intersubjetividade;
- ▶ Mudança Ontológica e do Modelo Antropológico de Ser Humano > Das pulsões para as relações objetais (Balint, Fairbain e Winnicott)
- ▶ Fairbain: entre Ferenczi e Winnicott
- ▶ “De acordo com o modelo estrutural-pulsional clássico [Freud], o bebê humano nasce fundamentalmente não relacionado a outros, buscando a redução de tensão; torna-se relacionado a outros apenas secundariamente, devido à sua utilidade em reduzir as suas tensões, baseado no princípio motor do prazer desprazer (lust/unlust). Fairbain sugere que o bebê é orientado para outros desde o começo e que sua busca de relação tem raízes adaptativas na sua sobrevivência biológica”. (≅ Bowlby/Psicanálise Húngara). (Greenberg & Mitchell, 1994, p. 114).





Parte II

Importância da contribuição de Winnicott e de sua visão do desenvolvimento psíquico

O contexto histórico

- ▶ Supervisão com M. Klein
- ▶ Análise com Joan Rivière
- ▶ O grupo kleiniano
 - ▶ Pressupõe-se um Ego constituído desde o início e um Superego primitivo (desenvolvimento intrapsíquico)
- ▶ O grupo de Anna Freud
 - ▶ O Ego não é dado desde o início (desenvolvimento intrapsíquico)
- ▶ O Middle group (influência ferencziana)
- ▶ A origem dessas diferentes linhas estão em conceitos freudianos que ficaram em aberto, dentre eles a questão do Ego/Self (cf. Strachey, Hartman, Balint, Winnicott).



A defesa maníaca (1935)

- ▶ W. vê a formação do psiquismo como uma tentativa de integrar “realidade interna” e “realidade externa”.
- ▶ Nos pacientes, adultos a “defesa maníaca” representa uma “incapacidade de aceitar o significado pleno da realidade interna” (2000, p 199).
- ▶ Nestes pacientes, o “fantasiar” (fantasias/devaneios) é uma “manipulação onipotente da realidade externa. O controle onipotente da realidade implica em fantasias sobre essa realidade”-> “O indivíduo chega à realidade externa através das fantasias onipotentes” (2000, p 200). As fantasias, não são a realidade interna, mas uma defesa contra as tensões da realidade interna.
- ▶ A “defesa maníaca” nega a ansiedade depressiva -> capacidade de sentir culpa e assumir a responsabilidade pelas experiências instintivas” e pela agressividade (2000, p 217).
- ▶ Negação-> dificuldade de entrar em contato com objetos internos maus e bons.
- ▶ Isto remete a uma dificuldade de integração interna.



Não integração primária I

Na prática clínica W identifica pacientes (depressivos, hipocondríacos) que remetem a uma falha primitiva no processo de desenvolvimento psíquico (falha básica), isto o leva a formular uma original teoria do desenvolvimento.

Observando os bebês e suas mães, W identifica uma mudança importante no desenvolvimento primitivo entre **5/6 meses** (brincadeira com espátula).

Formula 3 etapas no processo primário:

1. **Integração (Identificação do Eu no corpo -> não integração primária)**
2. **Personalização**
3. **Realização**

I) Integração -> “Num início teórico a personalidade não está integrada e na desintegração regressiva há um estado primário ao qual a regressão conduz. Postulamos, pois, uma não integração primária” (2000, p 223).

Atraso/falha na integração primária favorece a desintegração.



Não integração primária II

Dois tipos de experiências favorecem a integração:

1. **Holding/caring**: segurar, aquecer, dar banho, chamar pelo nome, etc.
2. **Experiência instintivas internas** que aglutinam “a personalidade a partir de dentro”.

O bebê não se importa em ser uma porção de pedacinhos (...) desde que de tempos em tempo ele se torne uno e sinta alguma coisa” (2000, p 224) (não integração # desintegração).

Sons, rostos, cheiros são apenas gradualmente “reunidos e transformados em um único ser chamado mãe” (2000, p 224).

O indivíduo não está permanentemente integrado -> a suposta sanidade é um sintoma (medo da capacidade inata de estar não integrado)”.

2) A personalização satisfatória (sentimento de estar dentro do próprio corpo) é fruto da experiência de estar sendo cuidado e do livre fluir da experiência instintiva. (cf Amigo imaginário / outro EU)



Objeto subjetivo e realização

3) O caminho da realização: W fala de *relacionamento primário com a realidade externa*.

A mãe (seio) e o bebê partilham uma *experiência* “que o bebê pode considerar como uma alucinação sua, *ou* um objeto pertencente à realidade externa” = Fenômeno da *ilusão* (2000, p 227): nele se sobrepõem o objeto criado pelo bebê e o objeto externo (seio) = No espaço da ilusão o objeto real se sobrepõe ao objeto subjetivo (exp. facilitada se o cuidador for único).

Função materna/analista: proporcionar o “pedacinho de mundo” que o bebê/paciente pode conhecer -> “toda falha [sucessiva] relacionada à objetividade (...) refere-se à falha nesse estágio do desenvolvimento emocional primitivo” (2000. p 228).

“A fantasia é mais primária que a realidade (não é uma defesa da r.) e o enriquecimento da fantasia (...) depende da experiência da ilusão” 228.

No estado primitivo o objeto segue uma mágica: “existe quando. é desejado” (realidade interna e externa se sobrepõem no espaço da ilusão), fora disso é aniquilado-> isto supõe um ser humano que traga “o mundo para ele num formato (...) adequado às suas necessidades.



Objeto subjetivo (ruthless e ruthlessness)

- ▶ “E preciso postular a existência de um relacionamento objetal inicial impiedoso” (2000, p 230) = agressividade primária e importância da agressividade (=motricidade) (cf. meu artigo “violência e saúde, disponível em: <https://robertogirola.com.br/violencia-e-saude/>)
 - ▶ Antes que se estabeleça uma verdadeira relação com a realidade externa existe um estágio primitivo de relação objetal em que “o objeto, ou o ambiente, é tão parte do eu quanto o são os instintos que os conjuram”(Id., p 231).
 - ▶ “Nesta fase o indivíduo vive num ambiente que é ele mesmo” (Id., p 231). Ambiente pobre pois não há enriquecimento da realidade externa (cf. chupar dedo, roer unhas, etc.)
 - ▶ No bebê trata-se do início da localização do objeto entre o dentro e o fora = defesa contra a perda do objeto dentro e fora do corpo e expressão do controle sobre o objeto).
 - ▶ Na **regressão benigna (cf. Balint-> regressão para o reconhecimento)**, o paciente visa reestabelecer a ilusão de onipotência, por meio do “amor primário” (tentativa de existência), **na regressão maligna** (cf. Balint-> regressão para a gratificação) dá-se o uso manipulador e cruel do objeto (pulsão).
-



Constituição no SER (SELF)

- ▶ A fase inicial do desenvolvimento supõe uma “experiência” -> existir; sentir-se vivo, ser em um estado de “fusão” entre Eu/objeto.
- ▶ Na psicanálise clássica a constituição do sujeito se dá no momento em que o Eu suporta o hiato (frustração) entre ele e o objeto.
- ▶ Neste hiato se insere o símbolo (distanciamento do objeto)
- ▶ Para a psicanálise clássica o simbólico é ligado à frustração (sublimação).
- ▶ O Nome do Pai barra o acesso direto ao objeto, ao qual tende a cadeia narcísica.
- ▶ Para W. há uma dimensão constitutiva de fusão em que o sujeito “é” o objeto (cf. a tese de Freud sobre o “sentimento oceânico”).
- ▶ A simbolização é baseada na identificação plena (o bebê é o seio).
- ▶ A ideia de SER é fundante.
- ▶ A transicionalidade (criatividade) decorre desta exp. fundante. O objeto criado não se diferencia do bebê, ele vive experiências que “o são” (cf. “Criatividade e suas origens” in *Brincar e realidade*, cap. 5).



Objeto transicional e fenômenos transicionais I

- ▶ O objeto transicional (OT) “representa a transição do bebê de um estado que este está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado” (1975, p 30).
 - ▶ “Trata-se de uma área intermediária de experimentação, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa” (id, p15).
 - ▶ O fenômeno inicia entre 4 a 12m.
 1. O OT, oriundo do mundo externo, não o é do ponto de vista do bebê, tampouco provém de dentro (# alucinação).
 2. Representa uma *possessão original não-eu* (direitos sobre o objeto). A mãe é o primeiro OT e pode não haver outro.
 3. A criança estabelece com ele uma relação afetiva (acariciado).
 4. Possui textura, calor, mostra vitalidade/realidade próprias.
 5. Não muda
 6. Sobrevive ao amor/ódio do bebê.
 7. Pode ser “esquecido” (cf. Green).
-



Objeto transicional e fenômenos transicionais II

O objeto transicional:

1. representa o seio materno;
2. precede o teste de realidade;
3. ao se relacionar com ele o bebê passa do controle onipotente (mágico), para o controle de manipulação;
4. pode virar um fetiche; pode representar fezes (organização anal-erótica).
5. É um paradoxo: fica no “espaço intermediário entre mundo interno/externo.

“Não há possibilidade alguma do bebê progredir do princípio de prazer para o princípio de realidade”, superando a identificação primária (Freud, 1923) sem uma *mãe suficientemente boa* (cf. 1975, p 25), capaz de “uma adaptação ativa às necessidades do bebê (id., p 25), fruto de sua devoção (#jeito ou preparo intelectual) -> “Se tudo corre bem, o bebê pode (...) lucrar com a frustração, já que a adaptação incompleta à necessidade [dele] torna reais os objetos, o que equivale a dizer tão odiados quanto amados” (id., p 25)



Objeto transicional e fenômenos transicionais III

- ▶ O OT e o fenômeno transicional pertencem ao domínio da ilusão, uma área intermediária de experiência proporcionada pela mãe.
 - ▶ “Desde o nascimento (...) o ser humano está envolvido com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido” (id., p 26).
 - ▶ “A área intermediária (...) é a área (...) entre a criatividade primária e a percepção objetiva” (id., p 26) (teste de realidade).
 - ▶ O OT proporciona a experiência da ilusão -> sobreposição do objeto externo com o objeto interno -> “A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a *ilusão* que existe uma realidade externa correspondente à sua capacidade de criar” (id., p 27) = sobreposição entre o que a mãe supre e o bebê concebe -> O bebê concebe o seio apenas na medida em que um seio poderia ser criado exatamente ali.
-



Do uso do objeto à relação de objeto I

- ▶ O uso do obj. supõe a identificação de um obj. “real” (# feixe de projeções), precedida pela fase em que a criança adquire a noção do “Eu sou” (self), podendo separar o mundo eu do mundo não eu. (cf. 1975, p 176s).
- ▶ Para W o uso do objeto é # de relação de objeto (relacionar-se) , onde o objeto torna-se significativo para o self [o sujeito encontra algo seu no objeto] pelos mecanismos de projeção, identificação.
- ▶ A psicanálise clássica “prefere sempre eliminar todos os fatores ambientais” vistos apenas sob o vértice dos mecanismos projetivos (Id, p 124).
- ▶ No uso do objeto, no entanto **“o analista tem de levar em conta a natureza do obj., não como projeção, mas como coisa em si”** (Id., p124). A propriedade do obj. é “estar ali” como obj. não eu (existência independente do obj.)-> fenom.Transicional.



Do uso do objeto à relação de objeto II

- ▶ “Para usar um obj. o sujeito precisa ter desenvolvido a *capacidade* de usar objs.” (Id., p 125) (= aceitação do princípio de realidade); a *capacidade* não é inata, só se desenvolve em um ambiente propício.
 - ▶ Temos: relação de objeto (subjetivo) -> colocação do obj. fora da área do controle onipotente -> uso do objeto (objetivo).
 - ▶ Isto supõe a “percepção, pelo sujeito, do obj. como fenômeno externo, não como entidade projetiva.
 - ▶ Importância da **agressividade** nesse processo (cf. Id., p 125s):
 1. “O sujeito relaciona-se com o objeto“ (fusão com obj. eu/subjetivo);
 2. “O sujeito *destrói* o objeto” ao percebê-lo como externo (não eu);
 3. “O objeto sobrevive à destruição pelo sujeito”;
 4. “O sujeito diz ao objeto: ‘Eu te destruí’, e o objeto ali está, recebendo a comunicação. Daí por diante o sujeito diz: ‘Eu te destruí. Eu te amo’ (...) Enquanto estou te amando estou permanentemente te destruindo na fantasia (lcs)’. Aqui começa a fantasia para o indivíduo.” (Id., p 125s);
 5. “O sujeito pode agora usar o obj. que sobreviveu”.
-



Do uso do objeto à relação de objeto III

- ▶ “É a destruição do objeto [e sua sobrevivência] que o coloca fora da área do controle onipotente do sujeito”.
 - ▶ “O obj. desenvolve sua própria autonomia e vida e (se sobrevive) contribui para o sujeito” (Id., p 126), que pode agora viver sua vida com autonomia no mundo dos objetos. O objeto é destruído por ser “real” e por ser destruído (e sobreviver) se torna real (cf. processo analítico onde o essencial não é a interpretação, mas a sobrevivência do analista).
 - ▶ “Na teoria ortodoxa (...) a agressividade é *reativa* ao encontro com o princípio de realidade, ao passo que, aqui, é o impulso destrutivo que *cria a qualidade da externalidade*” e da constância objetal (Id., p 130).
 - ▶ Uma vez atingido esse estágio “os mecanismos projetivos auxiliam no ato de *notar o que está ali*, mas não constituem o *motivo pelo qual o obj. está ali*”. Para W “isto afasta da teoria que tende a conceber a realidade externa apenas em termos dos mecanismos projetivos do indivíduo” (Id., p 126). Para W o obj. objetivamente percebido tem autonomia e pertence à “realidade compartilhada”.
-

