



Winnicott e os desafios da clínica contemporânea

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

Objetivo do curso

Ao 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, com particular ênfase na constituição do *self*, o curso pretende dialogar com os principais desafios da clínica contemporânea.



Programa I

- i. Introdução: os pródromos da teoria winnicottiana em Freud e Ferenczi
- ii. Importância da contribuição de Winnicott e de sua visão do desenvolvimento psíquico
- iii. O contexto clínico winnicottiano
- iv. Clínica diferenciada: os casos limites
- v. Desafios da clínica contemporânea
- vi. A pulsão de morte na visão de Winnicott e Green



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. I 6.
 - ▶ _____ . “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.
 - ▶ 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 Obras*, Vol IV. Milano: 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 Objetais 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.
-





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. 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).
 - ▶ Não seriam estes os elementos básicos para nossa clínica contemporânea, já que Balint e Winnicott, ainda nos anos 60, destacavam um aumento dos pacientes “regressivos”, não analisáveis por meio da técnica ortodoxa? Ou mesmo, pacientes que apesar de passarem por longos períodos de análise clássica, permaneciam com traços de caráter inalisáveis (Ferenczi)?
 - ▶ Tanto Figueredo como Birman confirmam a necessidade de uma clínica para o sujeito contemporâneo num mundo em transformação.
-



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, 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 há 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://psicologado.com/abordagens/psicanalise/introducao-a-psicanalise> ©

A visão clínica freudiana

- ▶ “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: o segundo 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”).
 - ▶ As 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. (Mãe ocupada, pai político, 5o. Filho de uma prole de 11). 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 (Pai idoso, 2 mães) Interessado no estabelecimento da Psicanálise. Neuroanatomista: de viés biologizante.
-

O narcisismo de Freud e análise de Ferenczi

- ▶ **O problemático narcisismo em Freud e suas dissociações narcísicas:**
“A minha própria análise não pôde avançar o bastante em profundidade porque o meu analista (uma natureza narcisista, segundo sua própria confissão), com sua determinação firme de se manter em boa saúde e sua antipatia pelas fraquezas e pelas anomalias, não pôde acompanhar-me nessa profundidade e começou cedo demais com o ‘educativo’. O forte de Freud é a firmeza e a educação, como o meu é a profundidade na técnica do relaxamento”. (Ferenczi, *Diário Clínico*, 17 março de 1932).
 - ▶ Freud não suportava nenhuma transferência que não fosse paterna e “educativa”
 - ▶ **O problemático narcisismo de Freud e suas dissociações narcísicas > a filiação paradoxal de Ferenczi > a obra de Ferenczi como o avesso complementar da obra freudiana.**
 - ▶ Problemas teórico-clínicos permanecidos em aberto pela psicanálise freudiana: o problema da identificação primária, da sexualidade feminina e do elemento feminino da personalidade.
-



O problema do narcisismo em Freud

- ▶ Textos de 1914-1915: 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.
- ▶ Atualmente muitos autores consideram o narcisismo primário do bebê um estado indiferenciado, sem clivagem entre sujeito e mundo externo (objetos). -> 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. “O incidente de Palermo”;
 2. “Perspectivas da Psicanálise” (1925) : Transferência materna > questionamento da primazia da angústia de castração sobre a etiologia da neurose.
 3. Influências de Grodeck:
 4. Primórdios do conceito de ambiente facilitador e da importância dos manejos no setting analítico
 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 relática 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, fornecer-lhe prazer. 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: http://www.robertogirola.com.br/index.php?option=com_k2&view=item&id=724: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 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., p 124). 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 VV “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”.
-





Parte III

○ contexto clínico winnicottiano

Setting analítico winnicottiano I

▶ Três pressupostos fundam a clínica winnicottiana:

1. Importância do ambiente na formação dos processos psíquicos;
2. Existência de defesas que antecedem as defesas ligadas à formação edípica (ansiedade de aniquilamento # ansiedade de castração);
3. Diferenciação da técnica analítica conforme diferenciação de pacientes.

I) A teoria sobre a importância do ambiente no desenvolvimento psíquico é essencial para entender a forma de conduzir o processo analítico na perspectiva winnicottiana e adaptar o setting às necessidades do paciente (cf. características do setting freudiano e winnicottiano [2000, p 382ss]).

VV parte do princípio que “é o paciente (...) quem tem as respostas” (1985, p 122). O espelhamento da fala representa o “estar aí” do analista, assim como a pontuação, mas a interpretação supõe “a capacidade do paciente de colocar o analista *fora da área dos fenômenos subjetivos*” (Id., p. 122), para que ele possa “usar” o analista. Isto supõe 2/3 pessoas no setting e não apenas 1 (cf. 2000, p 383).

“O analista deve levar em consideração a natureza do objeto, não como projeção, mas como coisa em si” (Id., p 124).



Setting analítico winnicottiano II

- ▶ 2) Klein "introduziu a ideia de um superego primitivo derivado da vida instintiva da criança. Os elementos de tal superego se originam antes da eclosão do Complexo de Édipo" (1983, p 118).
- ▶ Para W.; a análise clássica se destina à análise das psiconeuroses, nas quais "o paciente (...) atingiu um certo estágio de desenvolvimento emocional (...), tendo sido atingidos a primazia da genitalidade e os estágios do Complexo de Édipo" (id., p 119) resultando em certas defesas contra a **ansiedade de castração** (neurose). Neste caso a personalidade está intacta, assim como a capacidade para relações objetais.
- ▶ "Quando ocorre **ansiedade de aniquilamento** [cf. Safra, "pacientes espectrais"] (...) o diagnóstico do paciente não é de neurose, mas de psicose" (id., p 119). Neste caso ele não foi capaz de atingir um grau de desenvolvimento que faça sentido em termos de Complexo de Édipo.
- ▶ Diagnóstico psicanalítico *in fieri* # da nosografia psiquiátrica (p 121).



Setting analítico winnicottiano III

- ▶ 3) A técnica analítica exige adaptações específicas conforme o tipo de paciente (psiconeurótico -> foco no complexo de Édipo # psicótico ou borderline -> foco nos estágios iniciais da vida infantil”.
 - ▶ “Cooperar com o paciente no seguimento de um processo, (...) que em cada paciente possui seu próprio ritmo” -> “Todos os aspectos importantes deste processo originam-se no paciente” (2000, p 374).
 - ▶ W sugere uma seleção de casos baseada em uma **classificação**:
 1. “Pacientes que funcionam em termos de pessoa inteira” (id., p 375), onde as dificuldades estão no âmbito dos relacionamentos interpessoais;
 2. “Pacientes nos quais a personalidade recém começou a integrar-se e tornar-se algo com o qual se pode contar” (desmame/posição depressiva)-> “o elemento importante é a *sobrevivência do analista*” (Id., p 375);
 3. “Pacientes cuja análise deverá lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional” (anteriores à formação da personalidade)-> a ênfase recai sobre o *manejo*.-> desenvolvimento emocional primitivo.-> regressão em busca do verdadeiro self (# falso self) (cf. *uidado com a contratransferência*) (Id., p 235s)
-

Ambiente analítico especializado I

- ▶ O contexto analítico winnicottiano (voltado para o 2º e 3º tipo de pacientes) “reproduz as técnicas de maternagem (...) dos estágios iniciais. .. O convite á regressão resulta de sua **confiabilidade**” (2000, p. 384) [cf. texto 2000, p 399-405).
 - ▶ “A regressão de um paciente organiza-se como um retorno à dependência inicial (...) para criar a situação (...) original do narcisismo primário” (2000, p 384).
 - ▶ Este regresso representa “um novo início com o **eu verdadeiro** agora capaz de enfrentar as falhas do ambiente” (Id., p 384).
 - ▶ “A doença psicótica pode ser tratada apenas pelo fornecimento de um **ambiente especializado** acoplada à regressão do paciente” (p. 384) ao estado de dependência.
 - ▶ O eu verdadeiro é encontrado e entregue ao Eu total -> crescimento individual.
-



Ambiente analítico especializado II

- ▶ W relaciona “a dependência na transferência psicanalítica à dependência em vários estágios do cuidado do lactente e da criança” (1983, p. 226), daí a importância na análise de avaliar “o fator externo”.
- ▶ “Dois aspectos estão interligados: o mecanismo intrapsíquico e a dependência, que por definição envolve o ambiente e seu comportamento” (1983, p. 228).
- ▶ “Durante todo o tempo do trabalho analítico estamos avaliando e reavaliando a força do ego do paciente” (Id., p. 228), que indica o quanto ele pode “suportar” nossos erros, sem se sentir aniquilado.
- ▶ W assimila a necessidade da regressão à necessidade que, de vez em quando a criança tem do *mimo*, mas isso deve surgir da necessidade da criança/paciente e não da ansiedade dos pais/analista (necessidade da criança/adulto de regredir em determinadas situações).



Ambiente analítico especializado (caring) III

- ▶ O uso (ou o não uso) do divã deve acompanhar a “necessidade” (# desejo) do paciente que o analista deve saber perceber (cf. a necessidade de ser visto, ou ficar “escondido”, ‘fusionado’ com o analista [divã]). As almofadas são os “seios” do analista ou partes do seu corpo. A posição do paciente no divã revela estados interiores.
- ▶ A **pontualidade** do analista é fundamental nos estágios de regressão, assim como o uso do **tempo da sessão**, que o paciente deve poder administrar de acordo com a sua necessidade. Saber que o analista está lá quando ele precisa dele é fundamental para os estágios de regressão (cf. o uso do telefone, ou msg., ou Skype).
- ▶ Cuidados para que o setting não repita situações primitivas de falha ambiental que levam o paciente a reviver o **sentimento de inutilidade**.
- ▶ Cuidado especial com o início e o fim da sessão, presença do outro paciente, postura, etc. (leitura dos estados psíquicos relacionados).

Ambiente analítico especializado (holding) IV

- ▶ Dependendo da presença de um ego observador identificado com o analista **ou** incipiente, voltar da regressão no fim da sessão pode exigir um trabalho especial de sustentação do analista.
- ▶ Da mesma forma o analista deve “sustentar” as **atuações** do paciente, tomando parte delas (de forma simbólica = espelhamento/amplificação da fala ou explicitação do ato) e as **críticas** do paciente regredido, quando este apontar para suas falhas (admiti-las é extremamente importante), como sustentação de sua *crueidade* (cf. 2000, p 387).
- ▶ “A regressão alcança e fornece um ponto de partida , que eu chamaria de um *lugar* de onde é possível operar” (Id., p 388).
- ▶ O ambiente clínico da regressão é muito mais difícil.
- ▶ A regressão *não pode e nem deve ser provocada*.



Ambiente analítico especializado (placing) V

- ▶ “Tudo aquilo que provém do verdadeiro eu [self] é sentido como real (...) e tudo aquilo que acontece ao indivíduo enquanto reação à intrusão ambiental é sentido como irreal, inútil (...) independentemente de quanto seja gratificante do ponto de vista sensorial” (2000, p. 389).
- ▶ Se o ambiente não se comporta de modo suficientemente bom, o indivíduo passa a reagir à intrusão e os processos do eu são interrompidos (...) surge um eu falso constituído sobre a base de uma submissão defensiva” (Id., p 389).
- ▶ A partir desses pressupostos, a intervenção no ambiente se torna necessária em alguns casos em que o paciente vive uma opressão ambiental insuportável (cf. o polêmico livro de Masud Kahn, *Quando a primavera chegar*).



Clínica do Self

- ▶ **“Qualquer falha na adaptação inicial [primeiros meses] [interfere] no processo de integração que leva ao estabelecimento no indivíduo de um Self que existe, que adquire existências psicossomática e adquire uma capacidade de se relacionar com objetos” (1983, p231).**
- ▶ O *Self* é *para W.* o elo que introduz o indivíduo na experiência vital, fazendo com que ele se perceba como existente e não apenas existido, vivo e não apenas vivido, por alguém ou por algo externo a ele (cf. Girola, pp 155-159).
- ▶ “O ser humano só pode chegar a ser ele mesmo, a partir de um olhar (rosto#espelho), de um outro, que possa espelhar sua criatividade primária, num outro que o ajude a perceber que ele *existe*, no sentido literal da palavra (emergir do ser)” (Girola, p 156).



Importância da experiência do Self

- ▶ “Sem fazer a experiência de poder criar o ser, o homem não passa a existir como indivíduo. Ele poderá ser existido, desenvolvendo aquilo que Winnicott e outros definem como falso *self*, sendo um *espectral*, como diria Safra” (Girola, p 156).
- ▶ “Uma função importante do *self* é estabelecer a *continuidade temporal*, que garante ao indivíduo a unidade para além da fragmentação do espaço e do tempo” (Girola, p 157).





Parte IV

Clínica diferenciada: os casos limites

Identificação do caso limite em Balint

- ▶ Balint diferencia no paciente diferentes áreas de funcionamento. Ele parece indicar a possibilidade que essas áreas possam **coexistir** (núcleos neuróticos e psicóticos de Bion).
 - ▶ A) Área edípica : análise do conflito nos relacionamentos de objeto do paciente e das fantasias inconscientes que os caracterizam -> análise da transferência (Freud). A análise conduzida na área edípica pode se basear na fala (interpretação) e envolve relações tri-pessoais.
 - ▶ B) Área da falha básica: “área da psicologia bi-pessoal “, que envolve “uma falha dentro de si (...) sentida não como um conflito, nem complexo, nem situação. A força que se origina da falha básica não assume a força nem de uma pulsão, nem de um conflito. É uma falha, (...) uma espécie de deficiência que precisa ser corrigida, (...) algo que está faltando” (1993, p. 19) O que prevalece são fantasias do paciente sobre seu mundo interno e de sua localização no corpo (psicossoma).
 - ▶ C) Área da criação: não se pode haver uma relação transferencial (paciente precisa estar só). (1993, p. 2155).
-



Identificação do caso limite em Winnicott

- ▶ Já em 1945 em *Desenvolvimento emocional primitivo* VV descreve “alguns tipos de tratamento analítico” que retoma em 1954 em “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. (2000, p 375), diferenciando:
- ▶ 1) Pacientes que funcionam em termos de pessoa inteira. As dificuldades localizam-se no reino das relações interpessoais, tal como desenvolvida por Freud
- ▶ 2) Pacientes nos quais a personalidade recém começou a se integrar com a separação “dentro/fora”, junção do amor e do ódio (posição depressiva). O importante é a sobrevivência do analista (cf. uso do objeto)
- ▶ 3) Pacientes com dificuldades nos estágios iniciais do desenvolvimento: não possuem um estatus de unidade em termos de espaço/tempo. A ênfase recai sobre o manejo.



Manejo do caso limite em Winnicott

- ▶ Com paciente depressivo (que manifesta os sintomas de estilhaçamento e desintegração -> Falha Básica), o analista deve fornecer um setting específico, proporcionando um acolhimento amoroso e dar conta de sua própria depressão (ambivalência dos sentimentos de amor [interpretação -> alimento bom] e ódio [horários, regras, fim da análise] -> *cuidado* [holding, caring] do analista.
 - ▶ Na prática -> sequência de eventos (cf. 2000, p. 384):
 1. Fornecimento de um contexto confiável;
 2. Regressão à dependência;
 3. O paciente sente o eu de um novo modo;
 4. Descongelamento da falha originária;
 5. Raiva em relação à falha é sentida no presente e explicitada;
 6. Progresso organizado em direção à independência (Balint -> novo início);
 7. Possibilidade de realizar necessidades e desejos instintivos.
 8. Este processo é “definitivo”, ou se repete no decorrer de uma análise (cf. W e Balint)?
-



O uso da regressão (pelo paciente) I

- ▶ Quando relacionamentos primitivos aparecem na transferência, (ambivalência) eles representam uma “fuga às dificuldades trazidas pelos estágios seguintes, de acordo com o conceito clássico de regressão” (2000, p 220).
- ▶ W vê a regressão no âmbito clínico como # de “progresso”,.: é uma volta para os estados potenciais iniciais (Id., p 376ss) que segue um roteiro:
 1. Falha na adaptação ambiental primitiva - > falso self;
 2. Capacidade latente de regredir;
 3. Provisão ambiental especializada;
 4. Novo desenvolvimento emocional (este último nem semp acontece imediatamente, às vezes a regressão se repete).

“A técnica psicanalítica *pode* ser uma experiência corretiva [da falha primária]”, mas a provisão corretiva nunca é suficiente (cf. 1983, p 233).



O uso da regressão (pelo paciente) II

- ▶ A “regressão implica num mecanismo de defesa [contra uma falha ambiental primitiva] do ego muito organizado, do qual faz parte a existência de um falso eu (...) transformado gradualmente num eu ‘protetor’” do self verdadeiro (Id., p 378).
- ▶ Observação:
- ▶ A pulsão de morte se reduz em W a um retorno para trás em busca de um avanço (experiência integradora do eu): trata-se de uma “concepção inconsciente [e depois uma esperança consciente] que em algum momento futuro haverá oportunidade para uma nova experiência” (Id., p 378) -> descongelamento da “falha primitiva.” dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada” (Id., p 378). O desenvolvimento do Ego desemboca no narcisismo primário (o ambiente sustenta o individuo e este nada sabe sobre o ambiente).
- ▶ Para aprofundar a experiência da regressão na clínica cf. Winnicott, 2000, p. 382ss e Balint, Falha básica, Partes IV e V.



Fantasiais catastróficas: medo do colapso 1

- ▶ Em alguns pacientes é possível detectar o medo do colapso, um estado psíquico relacionado às “experiências passadas do indivíduo e aos caprichos ambientais” (1975, p 70).
- ▶ Defesas organizadas fazem com que esse medo possa se revelar somente em estágios avançados do tratamento, quando “a dependência se torna um aspecto principal e, então, os equívocos e fracassos do analista se tornam causas diretas de fobias localizadas e, assim, do desencadeamento do medo do colapso” (Id., p 71).
- ▶ O colapso está relacionado ao “impensável estado de coisas subjacente à organização defensiva”, no caso trata-se de um colapso no estabelecimento de um “self unitário”; trata-se de “uma inversão do processo de amadurecimento do indivíduo” (cf. id., ibid.).
- ▶ Na saúde o indivíduo passa por um processo de *integração* que envolve a *personalização* (indwelling = habitar um corpo) e sucessivamente o *relacionamento objetal* (object-relating) (cf. id, p 72)

Fantasia catastrófica: medo do colapso 2

- ▶ No estágio da dependência absoluta (mãe=ego auxiliar) “o bebê ainda não separa o *não eu* do *eu*”. (Id., p 72), pois isso supõe o estabelecimento de um eu.
 - ▶ O paciente experimenta *agonias primitivas* (impensáveis) relacionadas a esse período. A doença psicótica não é um colapso, ela é uma organização de defesa contra agonias impensáveis -= vivência angustiante da falha primitiva:
 1. Desintegração/estilhaçamento (defesa) -> retorno a um estado não integrado;
 2. *Self-holding* / autossustentação [controle?] (defesa) -> cair para sempre;
 3. Despersonalização [falso self] (defesa) -> perda do *indwelling*;
 4. Exploração do narcisismo primário (defesa) -> perda dos senso do real;
 5. Estados autistas (defesa) -> perda da capacidade de relacionar-se com objetos.
 - ▶ Tese: “O medo clínico do colapso é o medo de um colapso que já foi experienciado” -> medo da agonia original impensável que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como síndrome (p 72).
-



Fantasia catastrófica: medo do colapso 3

- ▶ A percepção deste estado ajuda a não querer apressar o paciente e entender o que ele está vivendo (Cf. o texto de Claudio Figueredo “O Trabalho do negativo”, retomando Green).
- ▶ Contudo “existem momentos em que se precisa dizer a um paciente que o colapso [que ele projeta no futuro] já aconteceu” (Id., p. 73).
- ▶ “O ego é imaturo para demais para reunir todos os fenômenos dentro da área da onipotência pessoal”. “A experiência original da agonia primitiva não pode *cair no passado* a menos que o ego possa reuni-la dentro de sua (...) atual experiência temporal e do controle onipotente *agora*” (p. 73). O eu procura assim representar a vivência do passado no futuro (algo que ainda não foi experienciado, mas já aconteceu).
- ▶ A vivência do passado se torna experiência (cf. Benjamin) se houver um Self capaz de integrá-la, estabelecendo uma linha do tempo, que organiza passado, presente e futuro.

Fantasia catastrófica: medo do colapso 4

- ▶ O ego auxiliar do analista permite “abrir caminho para que a agonia seja experienciada na transferência, na reação a falhas e equívocos do analista” (Id., p. 73).
 - ▶ Desde que a dose não seja excessiva, o paciente pode lidar com isso e “explicar cada falha técnica do analista como contratransferência” (p 73).
 - ▶ Assim gradualmente o paciente “reúne o fracasso original do meio ambiente facilitador dentro da área de sua onipotência e da experiência de onipotência que pertence ao estado de dependência” (p. 73). Tudo isso é difícil, lento e penoso....
 - ▶ A não compreensão de que se está aplicando uma análise da psicose a ansiedades de aniquilamento (psicose) leva à futilidade da análise. Trata-se de análises sem avanços (sem fim) que não chegam à *experienciar a coisa temida*.
 - ▶ O paciente precisa “lembrar algo que ainda não aconteceu (...) ainda, porque o paciente não estava lá”. A única forma de lembrar é experimentar essa coisa do passado pela primeira vez no presente (na transferência) -> equivale ao levantamento da repressão
-
- ▶ psiconeurótica.

A capacidade de estar só (fim da análise?) 1

▶ A capacidade de ficar só pode ser:

1. Fenômeno muito sofisticado ao qual a pessoa pode chegar após o estabelecimento de relações triádicas
2. Fenômeno do início da vida (relação unipessoal -> experiência de ficar só *na presença* da mãe) -> paradoxo.

▶ W representa o paradoxo da relação entre duas pessoas na qual uma está só na presença da outra como ligação do ego (querer = ligação do ego # amar = ligação erótica [crua ou sublimada] do id) - > cf. ex. da relação pós coito entre os parceiros (simples estar aí, cf 1983, p. 33).

▶ “A capacidade de estar só depende da (...) capacidade de lidar com os sentimentos gerados pela cena primária” em que a relação excitante entre os pais pode ser imaginada e suportada desviando a raiva para a masturbação. (fusão de impulsos agressivos e erótico, tolerância da ambivalência (id., p 33).

▶ “Maturidade e capacidade de ficar só significam que o indivíduo teve a oportunidade através de maternidade suficientemente boa de construir uma crença num ambiente benigno” (Id., p 34) -> falta relativa de ansiedade persecutória -> “objetos bons estão no mundo interno pessoal” (p 34).

A capacidade de estar só (fim da análise?) 2

- ▶ A “habilidade de estar realmente só tem sua base na experiência precoce de estar só na presença de alguém” (Id., p. 35), quando a imaturidade do ego é compensada pelo ego auxiliar da mãe/analista.
- ▶ Com o tempo o indivíduo “introjeta o ego auxiliar da mãe [analista] e dessa maneira se torna capaz de ficar só” -> períodos de análise mais silenciosos.
- ▶ O mundo interno se tornou possível -> afirmação da personalidade como um ser -> organização do núcleo do ego -> “eu sou” (p 35) .
- ▶ “O indivíduo só pode atingir o estágio do ‘eu sou’ porque existe uma meio que é protetor” (p. 35).
- ▶ A frase “eu estou só” decorre do “eu sou” e depende da “percepção da existência continua de uma mãe disponível cuja consistência torna possível” o prazer do eu estou só (cf. p 35).
- ▶ “A capacidade de ficar só se baseia na experiência de estar só na presença de alguém” (Id. P. 35)



A capacidade de estar só (fim da análise?) 3

- ▶ “O impulso do id só é significativo se é contido na vivência do ego. (...) *a relação com o id fortifica o ego quando ocorre em um contexto de relação com o ego*” (p. 35).
- ▶ A alternativa patológica à possibilidade de estar só é “a vida falsa fundamentada em reações a estímulos externos” (Id., p 35). Poder relaxar supõe a capacidade de estar só.
- ▶ Na criança isso abre para a capacidade de tornar-se não integrada, de devanear. Os impulsos do id só podem ser produtivos se existir essa capacidade do eu de dispensar a presença real da mãe (mãe introjetada).
- ▶ W fala de um *orgasmo do ego* (êxtase), que pode adquirir um viés patológico, mas que pode existir de forma satisfatória, permitindo ao indivíduo atingir um **clímax** (# de sublimação) advindo meramente da “relação com o ego em si”, sem excluir a possibilidade da sublimação, ligada á relação com o id (cf Id., p 36s).





Parte V

Desafios da clínica contemporânea

A sociedade de consumo

- ▶ O documentário da BBC [The century of the Self](#) mostra o lugar que a psicanálise ocupa nos EUA no período pós guerra, garantindo a possibilidade de “conter” o mundo instintivo (pulsional) do indivíduo que se manifestou de forma trágica no nazismo.
 - ▶ Ao mesmo tempo, os conhecimentos da psicanálise são usados a serviço de novos conceitos, criados através da publicidade e o surgimento das relações públicas (cujo principal representante nos EUA é um sobrinho de F.).
 - ▶ O discurso da propaganda que já tinha surgido durante o nazismo (Gôbel), se torna o discurso da publicidade e do marketing, destinados a impulsionar o consumo.
 - ▶ Nota-se um progressivo *shift* do discurso preocupado com o significado (coisa em si) para um discurso preocupado com o fascínio do significante (não se trata do significante lacaniano e sim do sentido dado ao termo na Teoria da Comunicação), que se torna cada vez mais esfuziante e cada vez menos preocupado com a realidade da coisa em si.
-



Da modernidade à contemporaneidade

- ▶ O artigo *Na floresta dos símbolos* (cf. § “O impasse filosófico”, “Na floresta dos símbolos”, “O poder dos símbolos”, e “Conclusão”) mostra de forma sintética, como filosofia e a psicanálise se posicionam diante do esvaziamento dos símbolos, do metadiscurso, da teoria do “Pensamento fraco” (Vattimo):
 - ▶ “O ser se dá aqui na forma do *Geschick* (o conjunto do envio ou destino) e da *Überlieferung* (a transmissão). Nos termos de Nietzsche, o pensamento não remonta à origem para dela se apropriar; ele apenas torna a percorrer os caminhos da errância, que é a única riqueza, o único ser, que nos é dado. (VATTIMO, 1985: 82)”
- ▶ Do ponto de vista sociológico Z. Bauman descreve a passagem para o atual contexto sociocultural, como passagem da modernidade sólida, para a **modernidade líquida**. A sociedade de consumo, onde tudo vira um “produto”, submete as relações humanas as regras de mercado, dominadas pelo princípio do prazer, mais do que pelo princípio de realidade, como pretendia F. em *O mal-estar da civilização*. Segue o texto na íntegra:



Modernidade líquida

- ▶ “A nova profusão (...) de antagonismo interindividuais e conflitos abertos que seguiram as progressivas *desregulamentação* e *privatização* das funções previamente atribuídas à sociedade são bem conhecidas (...). Por sua vez o argumento de Freud para a natureza necessariamente coercitiva da civilização não foi mais bem-sucedido. Parece provável (...) que, uma vez expostos à lógica dos mercados dos bens de consumo e deixados às suas próprias escolhas, os consumidores deparem com uma inversão na relação de poder entre os princípios do prazer e da realidade.
- ▶ Agora é o ‘princípio de realidade’ que é forçado a ficar na defensiva; ele é compelido diariamente a recuar, a se autolimitar e a se comprometer diante dos renovados assaltos do ‘princípio do prazer’.” (Bauman, 2011, p. 56-57)



O sujeito na contemporaneidade (Birman) 1

- ▶ Os desafios da nova clínica são descritos por J. Birman em *O sujeito na contemporaneidade* (2014):
 - ▶ “O mal-estar contemporâneo se caracteriza principalmente como **dor**, e não como **sofrimento**” (p. 138). De acordo com a tradição que define como eminentemente históricas “as marcas antropológicas da subjetividade”, “não existiria, portanto, a natureza humana no sentido abstrato do termo, que funcionaria como uma invariante a-histórica e que ficaria incólume dos valores engendrados ao longo da história das sociedades” (p. 139).
 - ▶ A dor tornou-se uma experiência solipsística deixando de ter qualquer marca alteritária (sofrimento). Uma dor solitária portanto que remete à passividade (impotência), atacando a autoestima (depressão). Dor que remete ao ressentimento. “A subjetividade contemporânea se evidencia como essencialmente narcísica”, mas as insuficiências não podem existir e ser exibidas (autossuficiência) (p. 141). Em contrapartida o outro está sempre presente para o sofredor., como interlocutor (apelo).
 - ▶ “A categoria da dor está para o **espaço** da mesma forma que a de sofrimento está para o **tempo**” (p. 142) (prevalência do espaço sobre o tempo).
-



O sujeito na contemporaneidade (Birman) 2

- ▶ O **corpo**, a **ação** (# da saída para o ato e para a ação -> mania, perversão) e as **intensidades** são os registros do mal-estar hoje”, correlatos da “condição solipsística da subjetividade, coartada da interlocução com o mundo” (p. 142.) -> Prevalência do pragmático sobre o simbólico = empobrecimento da linguagem no seu poder metafórico, terreno fértil para a “instrumentalização do corpo pela medicação e pelo naturismo” que marcam o discurso sobre saúde mental.
- ▶ “Pode-se compreender então como e por que a psicanálise se encontra agora num impasse e numa encruzilhada histórica, pois pressupõe o modelo alteritário de subjetividade, no qual os indivíduos sofredores possam dirigir ao outro sua demanda de cuidados para poderem se inscrever na experiência da transferência” (p. 143)
- ▶ “A experiência do sofrimento implica o **desamparo**, como possibilidade de subjetivação e simbolização (p. 143), no entanto, na experiência da dor, o sujeito sem abertura para o outro fica entregue ao **desolamento**” (p. 144) (melancolia).

Nova economia psíquica?

- ▶ Em seu livro *O homem sem gravidade: Gozar a qualquer preço* (2003) os psicanalistas franceses Melman e Lebrun tecem um diálogo sobre a questão do gozo como componente que caracteriza a busca do homem contemporâneo.
 - ▶ Como aponta Lebrun, já em 2001 Melman fala em uma “**nova economia psíquica**” (p. 12). “Não se trata mais de evocar simples modificações do social e suas incidências na subjetividade (...), mas de examinar uma mutação inédita” que aponta para uma *crise das referências* com as quais estamos lidando., com consequências antropológicas incalculáveis (p. 12). A pergunta proposta pelo livro : “O que é suscetível de evolução e o que é inquebrantável”?
 - ▶ Para M. “a emergência de uma nova economia psíquica é evidente”. Trata-se de um novo cenário onde “o céu está vazio, tanto de Deus, quanto de ideologias, de promessas, de referências, de prescrições”, nele “os indivíduos têm que se determinar por eles mesmos” (p. 16).
 - ▶ “Uma liquidação coletiva da transferência”.
-



A apresentação substitui a representação

- ▶ “O que acaba de ser perdido é o que Lacan chama de ‘objeto a’: a causa do desejo” (p. 21), que funda à cadeia significante e dá ao sujeito sua consistência. Trata-se da perda da possibilidade da perda (o objeto A é o objeto irremediavelmente perdido no discurso->falta->semblante). “essa perda instala um limite “ que “tem a propriedade de manter o desejo e a vitalidade do sujeito” (p. 21).
- ▶ M aponta uma desvalorização da figura paterna (cuja função para ele não é de inibir o desejo, mas de mostrar sua possibilidade) e a tentativa de resgatá-la no nacionalismo e no fanatismo religioso.
- ▶ A noção de limite caducou e diante disso não há mais “representação” e sim apenas “apresentação” (cf. DEBORD, *A sociedade do espetáculo*).
- ▶ Com a perda da “instancia fálica” (“ideais” ex. na vida política não há a menor concepção ideológica, utópica, projeto), surge de um sujeito que não é mais *dividido*, um sujeito bruto, que deixou de se interrogar sobre sua própria existência”.

Perversão

- ▶ Apenas “há lugar para um sujeito (...) que perdeu sua dimensão específica” (p. 27). Trata-se de um sujeito que perdeu sua *ek-sistência*, sua “exterioridade interna”, um sujeito compacto, não dividido (cf. prevalência da dimensão espacial de Birman).
- ▶ Para M, a perversão se torna norma social, uma forma de se servir do parceiro como um objeto que se descarta quando se avalia que é insuficiente” (p. 54).
- ▶ “A sociedade vai ser levada a tratar seus membros desse modo, não apenas no quadro das relações de trabalho, mas em todas as circunstâncias.” (p. 54).
- ▶ Diante disso, o setting analítico é “um lugar vazio, que permite a um sujeito organizar sua fala”. Falar a alguém que não lhe responde e constatar que essa sua fala, permite que se organize -> “Parece que resta sempre um lugar em que o sujeito (...) não está inteiramente alienado (p. 178s). Sobra algo que pede para existir (ver p. 180s).

O analista e a nova economia psíquica 1

- ▶ “A questão enigmática que se coloca para todo sujeito, ‘Quem sou’, vemos então o que convém responder: no final de contas, o que constitui o meu ser é esse objeto fundamentalmente perdido, fora da realidade, fruto da captura na linguagem, que será o rochedo refratário com o qual se chocará o fluxo dos significantes. (...)” (p. 180)
- ▶ “Eis o dispositivo que subverte a mutação cultural introduzida pelo liberalismo econômico ao encorajar um hedonismo sem rédeas. (...) É uma economia psíquica organizada pela apresentação de um objeto doravante acessível e pelo cumprimento, até seu termo do gozo” (p. 180).



O analista e a nova economia psíquica 2

- ▶ “Aí precisamos perder a esperança. Pois o indivíduo solicitado pela economia de mercado não tem nada a ver com alguma existência singular, rela de sujeito. Essa dita economia interpela um consumidor abstrato que deve se adaptar às ofertas. (...) que doravante o subjetivam [sic]. As próprias criaturas se transformam em objetos (...). Se impõe o sentimento de um indivíduo virtual. Já que não é a identidade específica do desejo dela que impõe a escolha do objeto, mas, inversamente, é a promoção midiática que lhes impõe um objeto, o qual induz um apetite identificável agora pela marca do produto” (p. 181).



Psicanálise e sociedade do cansaço I

- ▶ No seu livro *A sociedade do cansaço* o filósofo coreano Byung-Chul Han, ao descrever as características da sociedade pós-moderna do desempenho, contraposta ao projeto moderno da sociedade disciplinar (superego), também questiona os pressupostos da psicanálise freudiana ortodoxa que se constrói em torno das questões ligadas à repressão do desejo.
 - ▶ Se o que caracterizava a sociedade disciplinar era o domínio de estruturas de caráter superegoico que visavam disciplinar o desejo, colocando sempre o sujeito diante do desafio de lidar com as imposições do mundo externo, desafio que Freud aponta no seu memorável texto “O mal-estar da civilização”, a sociedade do desempenho traz essas imposições para dentro do indivíduo pós-moderno que se vê auto desafiado para “dar conta” de aspirações que ele mesmo se impõe como projeto de vida, no contexto das exigências da sociedade de consumo neoliberal, que cria seus próprios padrões de sucesso, bem-estar, qualidade de vida e realização pessoal.
-



Psicanálise e sociedade do cansaço II

- ▶ Se o sujeito pós-moderno deixa de viver as angústias e os sintomas da repressão e passa a viver as ansiedades da autorrealização, de fato parece que a clínica psicanalítica pensada a partir da repressão das pulsões libidinais deixaria de ser atual. Byung-Chul Han contudo parece desconhecer os avanços dos estudos psicanalíticos pós-freudianos que levaram a focar não apenas os conflitos pulsionais e sim as neuroses narcísicas, fruto de traumas primitivos, ou daquilo que Balint chama de “falha básica”. Sobretudo Byung-Chul Han parece desconhecer as propostas da Psicanálise contemporânea voltadas para o estudo do Self como experiência fundamental da estruturação da subjetividade.
- ▶ No final do seu livro (p. 100), o filósofo coreano faz uma interessante distinção entre o sujeito moderno que luta para lidar com as imposições superegoicas e o sujeito pós-moderno capturado pela sedução do eu-ideal.



Psicanálise e sociedade do cansaço III

- ▶ Enquanto o superego aponta para o território da inibição do desejo, o eu-ideal se apresenta como uma instância erótica, sedutora, uma imagem de si que é investida de forma narcísica pelo sujeito. Isto faz com que a submissão ao eu-ideal não seja percebida como uma submissão, mas, ao contrário, como uma autolibertação, uma forma de expansão infinita, que o sujeito abraça de forma onipotente, para logo se ver às voltas com os sintomas depressivos, ou com atuações de caráter hipomaníaco.
- ▶ Os corolários sintomáticos que Byung-Chul Han descreve vão do *burnout*, ao pânico, problemas alimentares, automutilação e em caso mais graves o suicídio. Nesta busca excessiva por uma vitalidade infinita o ser humano se esgota numa espécie de congelamento interno que o torna um morto-vivo.



Psicanálise e sociedade do cansaço IV

- ▶ As teses de Byung-Chul Han são extremamente alinhadas com alguns dos sintomas que tendem a dominar a clínica psicanalítica atual. Sobretudo é importante a distinção entre a repressão do desejo que percorre as manifestações culturais da sociedade moderna empenhada em construir e defender aquilo que os pós modernos apontam como “grandes narrativas” e a sedução que caracteriza a proposta do capitalismo neoliberal.
- ▶ Se por um lado é claramente perceptível o declínio das grandes narrativas ligadas às estruturas sociais, religiosas e familiares autoritárias, apontando para a crise da imagem do Pai, por outro lado elas ressurgem de forma irracional nas renovadas adesões a discursos autoritário e rígidos, voltados a ridicularizar qualquer tipo de diálogo com o “diferente” ou com aquele que discorda



Psicanálise e sociedade do cansaço V

- ▶ Tudo isso mostra que estamos vivendo uma complexidade do Real que nos desafia e que nos confunde. Se por um lado os discursos repressivos parecem superados, por outro lado os discursos radicais do neoliberalismo e dos autoritarismos de direita e de esquerda também acabam se mostrando insustentáveis.
- ▶ O Real aponta e mostra que uma economia unicamente preocupada em produzir cada vez mais riqueza (para poucos) é insustentável diante da realidade ambiental e da realidade socioeconômica das massas marginalizadas.
- ▶ Da mesma forma os discursos radicais da direita (ou da esquerda) seduzem as massas por oferecer “segurança” diante do caos, mas logo se veem desafiados por uma realidade adversa que o seu teor redutivo acabou ignorando.



Psicanálise e sociedade do cansaço VI

- ▶ Na realidade, em ambos os casos estamos diante de uma onipotência narcísica sedutora, como demonstra Byung-Chul Han, mas destrutiva. O limite é o infinito, mas o infinito acaba mostrando ao ser humano o quanto ele é finito.
- ▶ A sedução do infinito volta a trazer para o campo do psiquismo a necessidade do limite e da repressão da tendência disruptiva do desejo.
- ▶ Tudo isso aponta pela importância do trabalho clínico da Psicanálise contemporânea estar voltado para a experiência do Self, do “si-mesmo, como experiência fundante de uma estruturação narcísica saudável que possa se contrapor às seduições do eu-ideal e integrar os ideais do eu à estrutura de personalidade subjetiva, permitindo experiências criativas, que levem em conta a realidade e nas quais seja resgatada a sensação de estar vivos (cf. o Self em Bollas).





Parte VI

A pulsão de morte na visão de Winnicott e Green

Problematizações do conceito

- ▶ Para W. existe como primeira manifestação do ser a não existência x existência (não considera a relação pulsional).
- ▶ “Segundo meu ponto de vista, tanto F. como K. (...) refugiaram-se na hereditariedade. O conceito de instinto de morte poderia ser descrito como uma reafirmação do princípio do pecado original. (...) Tanto F, quanto K. evitaram (...) a implicação plena da dependência e portanto do fator ambiental” (1975, p. 102) (cf. também 1994, p.187-191).
- ▶ “No desenvolvimento do lactente, viver se origina e estabelece a partir do não-viver e existir se torna um acontecimento que substitui o não-viver, assim como a comunicação se origina do silêncio. A morte só se torna significativa (...) quando chega o ódio, que ocorre em data posterior, distante dos fenômenos que utilizamos para construir a teoria das bases da agressão” (1983, p. 173)-> cf. não integração originária, tendência inata à integração, a área livre de conflitos em Hartman.
- ▶ W. não aceita o conceito de pulsão de morte como uma tendência originária do ser, porque ele pressupõe a formação de um Self a partir da interação com um ambiente que satisfaça as necessidades do bebê, que é diferente de gratificá-lo (relação de objeto).

A pulsão de morte em Green

- ▶ “Para G. a pulsão não apenas revela o objeto, mas também dele necessita, já que a satisfação pulsional exige o investimento objetal” (GARCIA. “Continuidade e ruptura no processo de constituição psíquica”. In: *Psicologia Clínica*. 2009 n. 21(1), p. 82).
- ▶ Green elaborou sua teoria sobre o trabalho do negativo por meio dos pacientes-limite: “hipótese de que esses pacientes estavam submetidos à presença excessiva do objeto primário que não se deixou apagar, mas se amalgamou com a pulsão, tornando-se ainda mais intolerável” (Id., *Ibid.*, p. 85) -> separação eu/não eu ameaçada -> pensamento prejudicado -> passagem para o ato.
- ▶ “O apagamento do objeto primário e sua apropriação sob forma de uma vazia estruturante dão lugar aos objetos substitutos e à capacidade representacional, evidenciando a constituição dos limites psíquicos e permitindo a emergência do desejo” (Id., *Ibid.*, p. 85).



O trabalho com o negativo

Green (1988b) frisa à função paradoxal do objeto nas relações primárias. Este desperta a pulsão para depois contê-la, além de deixar-se substituir por outros objetos. A presença do objeto primário favorece os processos subjetivos que estão em andamento, incluindo as vicissitudes da agressividade (Garcia e Damous, 2008) e os fenômenos transicionais. (DIMENSÕES DO SILÊNCIO. Cad. Psicanál.-CPRJ, Rio de Janeiro, ano 31, n. 22, 110 p. 105-117, 2009).

- ▶ O objeto primário suficientemente bom pode ser esquecido e se transformar em estrutura psíquica.



Pulsão de morte como função desobjetivante

- ▶ As sucessivas divisões e desinvestimentos oriundos das clivagens e da desobjetalização impedem a eficaz integração dos diferentes núcleos dispostos como arquipélagos na psique. Em consequência, observamos na clínica o discurso de pacientes que se assemelha a um colar de pérolas sem fio: “palavras, representações, afetos contíguos no espaço e no tempo, mas não em significado (GREEN, *Loucura pessoal*, p. 79), pois falta o elo que dê a eles o colorido da experiência vivida como real e sentida como sendo a própria pessoa o seu protagonista.
- ▶ Clinicamente, portanto, esses casos apresentam indiferença, futilidade, desvitalização e sintomas depressivos, manifestações que camuflam contundentemente, na verdade, o fracasso subjacente da função objetalizante de Eros. O psiquismo desenha-se, enfim, como um espaço pessoal encapsulado, profundamente negativado, aspirando a não-ser, silencioso fundamentalmente em função do desinvestimento radical acionado pela ação da pulsão de morte através de sua meta
- ▶ desobjetalizante.