

4

As vicissitudes da clínica

As múltiplas e heterogêneas formas de atuação do analista possuem, sem dúvida, um representante à altura na figura de D.W.Winnicott. Ao percorremos seu legado clínico-teórico, transitaremos por experiências tais como as “consultas terapêuticas”, o "jogo da espátula", palestras radiofônicas, consultor governamental, entre várias outras. Não se trata aqui de discutir até que ponto essas ações são estritamente psicanalíticas ou não. A proposta clínica de Winnicott, como se pode depreender deste trabalho e que esperamos que fique mais claro neste capítulo, perpassa sempre o que se configura como necessidade imperativa do paciente, mesmo que determinada condução do analista fuja do que seria uma diretriz habitual vigente (a qual o autor denomina de “análise padrão”). Em suas palavras:

Se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim? (Winnicott, 1962c, p. 155).

Esta consequência clínica deriva da longa jornada percorrida por Winnicott como pediatra infantil e de seu vasto atendimento a pacientes que requeriam uma outra conjuntura de trabalho clínico. Em um texto escrito três meses antes de seu falecimento, Winnicott destaca a grande contribuição para o seu ofício como psicanalista, supervisionando o trabalho institucional de David Wills na assistência a meninos com tendência antissocial:

Continuo falando a respeito de David Wills não só porque esta é a *David Wills Lecture* mas também porque, para mim, observar seu trabalho foi um dos primeiros impactos educacionais *que me fizeram entender que existe algo em psicoterapia que não se descreve em termos de interpretação certa no momento certo*” (Winnicott, 1970d, p.251; grifo nosso). E ainda: Na assistência residencial é possível fornecer certas condições ambientais que, de fato, precisamos entender mesmo quando estamos fazendo psicanálise rigorosamente clássica (Winnicott, 1970d, p.253).

Nesse discurso, podemos verificar a relevância do que Winnicott denominou ao longo de sua obra como “manejo” (*management*)²³, seja no plano clínico ou em sua teoria do amadurecimento. Por outro lado, delimitar e descrever o exercício do manejo não é tarefa das mais fáceis, tal como verificamos no esforço feito pelo autor no intuito nos aproximar do tema. Acreditamos, por sua vez, que a própria dificuldade de delineamento deste processo no plano clínico seja inerente às raízes das quais esta formulação winnicottiana brota — a díade mãe-bebê. De fato, quais são os cuidados que uma mãe devotada presta ao seu bebê?

Estamos, pois, expostos aos obstáculos nas descrições das inúmeras e sutis formas de adaptação concernentes a uma mãe suficientemente boa com seu filho. Contudo, cabe-nos pelo menos a tentativa de explicitação de alguns elementos centrais desta relação de manejo materno, visto que ela serve como eixo norteador da prática analítica postulada por Winnicott.

Um primeiro aspecto decisivo do manejo refere-se à identificação da mãe com o lactente. À época do estado de preocupação materna primária, a mãe passa a ser habitada por um alto grau de sensibilidade que lhe permite dedicar-se às necessidades de seu bebê, provendo-lhe os cuidados necessários no seu devido tempo. Outra apreciação do campo de manejo refere-se mais especificamente aos cuidados envolvidos nas dimensões do *holding* e do *handling* (Safra, 1995).

O *holding* remete-nos a toda dimensão dos cuidados ofertados à criança, catalisados principalmente pelas experiências sustentadoras que, ao longo da vida, vão se complexificando e ganhando novos formatos. A partir dessa sustentação mais ampla oferecida ao lactente (*holding*), encontramos o manuseio físico (*handling*) auxiliando o lactente nos processos de integração e personalização — experiências decisivas para a saúde psíquica ao longo das diversas etapas maturacionais (Graña, 2007).

Tomando como pano de fundo essas experiências afetivas vivenciadas na tenra infância, advindas de uma relação intensa e dinâmica entre aquele que cuida

²³ Robert Rodman comenta que em uma conversa com Marion Milner, no ano de 1988, esta lhe disse que o conceito de manejo em Winnicott originou-se no tratamento de uma paciente suicida (Barbara Corke). Neste caso, a secretária de Winnicott, Joyce Coles, era constantemente solicitada a auxiliá-lo, sobretudo, quando Corke tinha de ser atendida fora do consultório. Por exemplo, quando o atendimento era feito na residência, Winnicott pedia a Coles que fosse junto, para fazer chá e compras para Barbara. Destaca-se, especificamente o manejo requerido por esta paciente, tanto na esfera da sessão propriamente dita, quanto fora dela. (Rodman, 2003, p.397).

e quem é cuidado, procuraremos abordar na sequência deste capítulo os desdobramentos e a utilização desta dinâmica de manejo materno como fonte de possibilidades terapêuticas no espaço clínico.

Contudo, antes de prosseguirmos nesta tarefa, faz-se necessária uma observação sobre as funções e atitudes que circunscrevem o campo do manejo tal como formulado por Winnicott. Neste ponto, a discussão pertinente e que serve aos propósitos desta dissertação abrange o fato de a atividade interpretativa pertencer ou não ao processo que o psicanalista inglês denominará como *management*.

Em que pese a opinião de vários autores contemporâneos sobre a ampliação da função interpretativa na análise (Coelho Junior & Junqueira, 2008), bem como a preocupação com uma leitura equivocada e superficial da interpretação em contraponto ao manejo winnicottiano (Naffah Neto, 2010), ainda vemos tal polarização em trabalhos recentes. Como exemplo, recorreremos ao artigo de uma estudiosa da obra de Winnicott, a psicanalista brasileira Elsa Dias. O próprio título de seu texto, “Da interpretação ao manejo” (2011), dá ensejo a um ponto de vista dicotômico entre estes dois processos analíticos. A investigação que a autora propõe coloca o manejo winnicottiano como uma tarefa terapêutica que ultrapassa o aspecto interpretativo, se tomarmos este último elemento em sua acepção formal e tradicionalmente concebida pela sociedade psicanalítica da época vivida pelo autor inglês²⁴.

Com efeito, portanto, é necessário resumidamente²⁵ historicizar a prática interpretativa na época de Winnicott, a fim de contextualizar o modo como ele concebe esta tarefa analítica. Inicialmente, na constituição do processo analítico, a interpretação objetivava revelar um episódio traumático acontecido na história de vida do sujeito. Após o desenvolvimento das formulações freudianas, com o destaque dado ao papel da fantasia na composição psíquica, a atitude interpretativa dirige-se tanto ao desejo recalcado quanto às resistências que impedem o acesso ao material obstruído.

É verdade que, ainda sob o efeito do embate entre Klein e Anna Freud, além das ressonâncias da teoria freudiana, Winnicott concebe a interpretação em vários

²⁴ Aqui, estamos fazendo referência à influência da psicanálise freudiana ortodoxa.

²⁵ Ao mesmo tempo, não é nosso intuito versar sobre todas as transformações e nuances do processo interpretativo na história do movimento psicanalítico, visto que tal tarefa é impossível perante os limites desta dissertação.

momentos de sua obra no sentido mais restrito do termo como uma “[...] comunicação feita ao sujeito, visando dar-lhe acesso a esse sentido latente, segundo as regras determinadas pela direção e evolução do tratamento” (Laplanche, 1994, p.245). Interessa-nos nessa questão, todavia, acentuar um outro papel atribuído pelo autor inglês à atividade interpretativa – ou seja, a existência de interpretações que servem, elas mesmas, como uma espécie de manejo.

É sobre esta última vertente instrumental do processo interpretativo que acreditamos ser necessário lançar luz, tendo em vista recorrentes leituras unilaterais e compartimentadas da prática analítica winnicottiana. Nesse intuito, voltemo-nos novamente para o artigo de Elsa Dias. O interessante é que, apesar de a autora contrapor a interpretação ao *holding*, no próprio desenvolvimento do texto ela observa a existência de interpretações que atendem a uma necessidade de manejo (Dias, 2011). Ora, se a própria psicanalista reconhece o fato de haver interpretações cuja função permeia o manejo, por que colocá-los como duas dimensões distintas? Trata-se, portanto, de uma questão de enfoque dos elementos que a autora reconhece como pertinentes ao campo clínico. Por conseguinte, mesmo levando em consideração a opinião da psicanalista brasileira, defendemos a ideia de que, ao darmos uma nomeação para essa modalidade interpretativa, podemos evitar desnecessárias controvérsias e enganos, impedindo possíveis leituras reducionistas da obra winnicottiana²⁶.

Em virtude de uma parte considerável dessas elaborações interpretativas assumirem o formato de *holding*, e sendo ele uma perspectiva do manejo, justificamos nossa designação dessa experiência analítica como “interpretação-*holding*”. Nessa medida, apostamos que tal postulação desfaria inúmeras dúvidas acerca de suas possibilidades clínicas, ao mesmo tempo em que evitaria uma espécie de polarização: a interpretação e o manejo formando duas atitudes diametralmente opostas. Confiamos também na importância de realçar as diferenças intrínsecas aos dois processos, bem como seus pontos de convergência.

Portanto, na expressão por nós intitulada de “interpretação-*holding*” destacamos a colocação do hífen como um traço de união que auxiliaria na

²⁶ Abraham (2000), em seu dicionário de expressões e palavras utilizadas por Winnicott, põe em destaque no tópico sobre o manejo a abordagem do *holding*. Além disso, também corrobora nossa posição de incluir a interpretação como ferramenta de manejo clínico: “Em termos de relação analítica é o setting, a atenção dispensada pelo analista, **juntamente com o trabalho interpretativo, que criam o ambiente de holding que norteia as necessidades psicológicas e físicas do paciente**” (Abraham, 2000, p.139; grifo nosso).

manutenção de um caráter relacional destas duas dimensões de acolhimento ao paciente. Assim, este recurso adotado na formatação do conceito (marcação da diferença entre os termos) contribui para a explicitação do aspecto funcional e operacional presentes nos dois procedimentos analíticos, mantendo uma concepção de experiência clínica em que sobressaem os encontros e desencontros entre ambos os elementos terapêuticos, ao mesmo tempo em que conseguimos evitar a redutibilidade de um a outro. Pretendemos, em última instância, conservar a riqueza que se presentifica nas diferenças (singularidade) desses dois processos fundamentais ao campo psicanalítico.

É interessante observarmos um comentário feito por Winnicott sobre a finalidade de seu papel como analista no trajeto clínico. Em particular, ele pontua algumas características que a seu ver permitem a manutenção de um ambiente terapêutico. Afirma o autor: “Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de: me manter vivo; me manter bem; me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem” (Winnicott, 1962c, p.152). Figueiredo, desenvolvendo esta última afirmação do autor inglês, acentua que “ser-si-mesmo” (*being himself*) refere-se a uma qualidade analítica onde implicação do terapeuta convive permanentemente com uma dimensão de reserva, na qual o portar-se, ou comportar-se bem, assume uma função mediadora e instauradora do “vir-a-ser do analisando” (Figueiredo, 2008, p.113).

Nesse sentido, cabe ao analista fiar-se no delicado equilíbrio entre uma plena presença de sua pessoa e uma espécie de ausência (que comporte uma experiência de comparecimento) viabilizando, assim, um espaço potencial em que se possa “estar só, acompanhado”. Ao fazermos alusão às modalidades do *holding* e da interpretação, devemos ter em mente este funcionamento do analista que contribui para a transformação e reformulação das diversas organizações psíquicas, pois, quer ficando em silêncio, quer formulando uma interpretação, o analista revela algo de si mesmo, algo de sua singularidade (Bonaminio, 2011).

No artigo “Os objetivos do tratamento analítico” (1962), o psicanalista inglês cita as condições subjacentes que o levam a exercer uma “análise modificada”. Entre elas encontram-se: um quadro onde o fator preponderante é o medo da loucura; situações nas quais a organização do falso *self* é dominante e solicita uma interrupção dessa vivência; casos cuja privação acarreta em tendência antissocial; momentos em que a configuração subjetiva entre a realidade psíquica

interna e a realidade externa está relativamente desconexa; circunstâncias onde uma figura materna ou paterna doentia prevalece na subjetividade do paciente (Winnicott, 1962c).

Mesmo com a referência aos diversos quadros clínicos enumerados acima, o percurso terapêutico por eles transitará quase inevitavelmente entre as três esferas de atuação do analista, tal como ressaltadas neste capítulo: o *holding*, a interpretação-*holding* e a interpretação propriamente dita. A esse respeito, talvez o ponto crucial para nossa implicação no que se possa (ou não) denominar por “manejo clínico” seja evitarmos a formalização de modelos para as diversas ferramentas clínicas utilizadas pelo terapeuta.

Ao destacar as circunstâncias analíticas que promovem mudanças na técnica clássica, Winnicott não defende o seu expurgo ou mesmo sua inutilidade no *setting* terapêutico. Essa constatação, inversamente, vai na contramão de uma atitude que separaria as inúmeras modalidades de atuação do analista, mesmo porque o que está em jogo é o processo vivenciado pelo paciente, em sua necessidade ou não de ser sustentado por este ou aquele recurso terapêutico. Todo esse entrelaçamento pode, por exemplo, ser vislumbrado em uma indicação feita por Octávio Souza:

Na prática analítica das neuroses, a função de *holding* da interpretação se apresenta, no mais das vezes, misturada com os aspectos do trabalho analítico até aqui examinados da interpretação em sua função de reconhecimento do desejo e de responsabilização, e em sua função de elaboração imaginativa dos movimentos destrutivos do processo defensivo (Souza, 2007, p.34).

Em outras palavras, os esforços empreendidos na tentativa de ilustrar a descrição da atividade clínica winnicottiana nos levam inevitavelmente ao cerne da experiência analítica, cuja fonte corresponde à comunicação e à possibilidade de não comunicar-se. Essa ideia pode esclarecer a polissemia da interpretação, tal como proposta por Winnicott, visto que o papel do analista gira em torno da possibilidade de abrir caminhos para a ampliação do contato entre dois seres humanos. Nesse encontro aberto, em que vigora uma experiência compartilhada – na qual a partilha pode ser justamente a ação de não partilhar (núcleo incomunicável) – a oportunidade de construir pontes pelo mar da

transicionalidade é enriquecida pela prática interpretativa²⁷. Esta, por sua vez, é abastecida eminentemente por uma dimensão silenciosa, alicerçada em um plano de confiabilidade, circunscrito e explicado por nós neste trabalho pelo espaço de *holding*.

Os procedimentos e ferramentas adotados por Winnicott, dentre eles a interpretação, não se limitam ao campo representacional, mas dirigem-se principalmente à dimensão da existência, presente na questão do viver e do não-viver, do sentir-se, ou não, real. A partir dessas considerações, ressaltamos que toda a nossa reflexão sobre o manejo clínico winnicottiano, e a divisão didática aqui estipulada – *holding*, interpretação-*holding* e interpretação –, possui como função precípua o melhor delineamento do tema. Somos sabedores de que, no campo vivo da clínica, no seu fazer diário, tais circunscrições são bastante permeáveis – elas estão permanentemente em regime de mudança. É como afirma o próprio Winnicott: “No meu tipo de trabalho clínico, consegui provar, pelo menos para mim mesmo, que um tipo de análise não impede o outro. Encontro-me indo e vindo de um para o outro, de acordo com a tendência do processo inconsciente do paciente” (Winnicott, 1955a, p.488).

Procuramos, dessa forma, uma orientação mínima no fazer clínico que retire qualquer formalização dogmática e rígida da experiência analítica. Os caminhos que abrem espaço para o verdadeiro *self* não podem ser outros, senão acolher a criatividade, e fertilizar o terreno potente/potencial – o espaço potencial – de onde brota a inventividade pessoal.

4.1 Holding

A tônica que rege a clínica winnicottiana perpassa sempre o primado da qualidade do encontro entre terapeuta e paciente. Acoplada a esta concepção de abordagem analítica – a função *holding* –, Winnicott opera um remanejamento das condições de análise, pois toda a organização do *setting* analítico concorre para a promoção de uma atmosfera de segurança e confiança, na qual ambos os elementos reproduzem aspectos imprescindíveis de uma boa maternagem.

²⁷ É nesta vertente que se dirige Bonaminio: “o que é “transicional”, “potencial”, “intermediário” é o espaço criado no qual ocorre a interpretação” (Bonaminio, 2011, p.81).

Ogden (2010), explicando o conceito de holding em Winnicott, realça o caráter relacional da experiência de continuidade do ser (o fato de estar vivo) com a dimensão temporal (fluir da vida). A mãe, em seu estado de preocupação materna primária, transforma o traumatismo de um tempo extemporâneo ao bebê (tempo milimetricamente marcado em relógios e calendários) em uma temporalidade própria ao lactente, na qual se cria a ilusão para o infante de uma duração e fluxo em que os acontecimentos parecem suceder-se no ritmo próprio às suas necessidades.

Assim, o campo analítico é modulado de forma a se tornar o que Winnicott convencionou chamar de “ambiente especializado”. Especializado no sentido de o terapeuta atentar às especificidades de uma subjetividade que requer, antes de tudo, uma ambiência que favoreça os processos de simbolização. É justamente por essa composição facilitadora de um contato sensível com o paciente que o analista deve guiar-se, colocando em segundo plano uma perspectiva clínica orientada pelas traduções e decifrações do inconsciente.

O fio condutor da análise, portanto, deve reconhecer implicitamente a tendência do paciente à desintegração, ao cair para sempre, à despersonalização, ao cessar de existir; enfim, as agonias impensáveis que espreitam o indivíduo em seu percurso de existência (Winnicott, 1963e). Essa constatação clínica conduz fundamentalmente a um movimento no qual:

Não há como recordar experiências muito primitivas, a não ser vivenciando-as novamente, e como estas experiências foram por demais dolorosas na época (uma vez que surgiram quando o ego estava desorganizado, e o ego auxiliar da mãe estava imperfeito), o ato de vivenciá-las de novo *deve ocorrer em uma situação cuidadosamente preparada e testada, como no contexto propiciado pelo psicanalista* (Winnicott, 1964e, p. 38; grifo nosso).

Diante disso, destacamos agora a contribuição dada por Ogden (2010), através de um caso clínico, em que o autor exemplifica a forma como pode prover *holding* à sua paciente – elemento central da análise. Introduzindo a questão, o autor relata que, desde seu primeiro encontro com a Srta. R, a paciente mostrou-se sobressaltada e atenta a qualquer comportamento seu:

Quando eu fazia um comentário ou uma pergunta nas primeiras fases desta análise, a paciente se assustava da mesma forma como tinha acontecido na sala de espera quando nos encontramos pela primeira vez. Não comentei sobre esse

comportamento e rapidamente aprendi a não dizer quase nada durante as sessões. Até o som de meus movimentos na cadeira eram experimentados pela paciente quase como se eu tivesse a esbofetado. Era necessário que eu ficasse o mais quieto e silencioso possível para que a Srta. R tolerasse estar comigo (Ogden, 2010, p.123 e 124).

Não por acaso, foi no alastramento da quietude de Ogden (e o analista faz questão de realçar que o único som produzido por ele provinha de sua respiração) que a paciente pôde relaxar e vir a permanecer em silêncio em encontros posteriores. A partir desta conjuntura transferencial foi suscitada no analista uma lembrança da época em que se encontrava no quarto de seu filho mais novo, quando este tinha três anos, e tentava dormir logo após acordar de um pesadelo. Ogden continua, narrando que o acalanto proporcionado a seu filho colocava o ritmo de respiração dos dois em uma cadência semelhante. O laço afetivo estabelecido entre pai e filho ganhava contornos e feições de harmonia, física e psicológica, o que levou o analista a sentir “que a paciente precisava de mim como meu filho pequeno tinha precisado. Eu estava disposto a ser usado daquela maneira pela Srta. R quando ela foi capaz de correr o risco de me usar com tamanha profundidade” (Ogden, 2010, p. 124).

Essa apresentação de Ogden evidencia, dentre outras variantes, que o estofo da experiência de *holding* concerne tanto o fornecimento de um lugar – estado psicológico – no qual o paciente possa organizar-se, como a disponibilidade do analista para sustentar esse espaço no decorrer do tempo. O cenário composto no exemplo acima reflete o percurso de uma dinâmica analítica pautada, inicialmente, em movimentos invasivos e intrusivos para uma sintonia analista-analisando onde reina uma experiência empática.

Temos em relevo, então, uma dinâmica de cuidados onde se procura formas de acolher as necessidades do indivíduo. Ao analista cabe apreender, intuir o que determinado paciente necessita e, de modo especial, destaca-se o papel da empatia nesse processo. Empatizar, como nos mostra Bolognini (2008), não é conceder aos afetos um estatuto ideal como um elemento marcado a qualquer tempo como terapêutico. A empatia que transforma advém de um meio relacional quando o analista consegue desempenhar seu trabalho justamente no ponto onde houve uma inconstância dos objetos primários na vida do paciente – dimensão na qual imperavam necessidades primitivas de constituição do *self*. A partir do texto de Ogden e do processo empático, Souza (s/d) afirma que

é útil estabelecer, no interior do campo de discussão da empatia psicanalítica, uma diferença entre os processos empáticos de sintonia afetiva e os de interpretação contratransferencial. Ambos requerem, do analista, uma disponibilidade à identificação narcísica com o seu analisando, o que o deixa, assim, exposto a emoções primitivas de natureza intrusiva, confusional ou de vazio existencial (Souza, s/d, p.11).

É nesta dinâmica do *holding* empático, portanto, que o analista abre espaço ao analisando para as vivências regressivas, ao mesmo tempo em que desnuda-se para o afloramento de múltiplos sentimentos despertados no *setting* analítico. Dentro dessa dimensão, a operação fundante (quando os processos foram inexistentes) ou mesmo de retomada de alguns alicerces psíquicos que proliferam em um contexto de *holding* do ambiente analítico ocorre em meio a um estado regressivo²⁸ do paciente.

Na medida em que o paciente está regredido (por um momento, por uma hora, ou por um longo período de tempo), o divã é o analista, as almofadas são seios, o analista é a mãe em uma certa época passada. No caso extremo, não é mais possível dizer que o divã representa o analista (Winnicott, 1954a, p.472).

Se considerarmos o estágio precoce do amadurecimento psíquico, teremos noção da dinâmica atualizada no paciente pela dimensão regressiva. Neste ponto, relata o autor inglês que “‘interno’ só significa pessoal, e pessoal na medida em que o indivíduo é uma pessoa com um *self* no processo de ser envolvido” (Winnicott, 1963a, p. 168). Note-se o vocabulário utilizado por Winnicott a fim de referir-se a esta vivência primitiva do indivíduo. “Ser envolvido” exprime a função ativa proporcionada pelo *holding* que, por sua vez, é a pré-condição necessária à constituição de um espaço interno e na manutenção das experiências de continuidade do ser do lactente.

Regressão, para Winnicott, implica a vivência do analista como objeto subjetivo²⁹. Por sua vez, “Na medida em que o objeto é subjetivo, é *desnecessário que a comunicação com ele seja explícita*” (Winnicott, 1963a, p.166). Em razão

²⁸ Lembremo-nos aqui que, ao explicitarmos a função do *holding* no processo regressivo, não estaremos afirmando sua exclusão das demais modalidades de experiência no *setting* analítico. Pelo contrário, sua atuação encontra-se presente em todas as formas de funcionamento do encontro terapêutico. Trata-se, neste caso, apenas de um recorte que realizamos a fim de realçar alguns elementos que não passam via recurso à interpretação. Ou seja, períodos específicos da análise que solicitam uma abordagem que, segundo Winnicott, esquivava-se de uma “análise padrão”.

²⁹ “Existe um estado ainda maior de regressão, no qual apenas uma pessoa está presente, o paciente, mesmo se do ponto de vista do observador existem duas pessoas” (Winnicott, 1954a, p.470).

disso, o autor inglês procura enfatizar o modo de comunicação silencioso na experiência analítica, no qual é através oferta de um jogo de espera e silêncio que o analista oferecerá o aporte imprescindível às necessidades do paciente.

Dito de outro modo, as experiências agonizantes armazenadas pelo indivíduo em seu período de vida arcaico são registradas em uma dimensão não representacional. Portanto, esse enraizamento de vivências e efeitos desorganizadores do ambiente no indivíduo não está submetido, em análise, à mesma lógica que se apresenta na recuperação de determinado material recalcado. Nesse sentido, é inábil o uso de interpretações na tentativa de transformar uma experiência fracassada em vivências enriquecedoras e criativas.

Em outras palavras, o advento deste movimento regressivo no analisando traz à cena principal do tratamento analítico uma adaptação ativa e provedora do terapeuta em detrimento de uma composição de interpretações no ambiente clínico. Assinala Winnicott que a regressão “dá a indicação do paciente ao analista de como o analista deve se comportar mais do que como ele deve interpretar” (Winnicott, 1964b, p.117), ou mesmo: “No trabalho que estou descrevendo, o setting se torna mais importante que a interpretação” (Winnicott, 1955a, p.486).

Lembremo-nos do caso clínico exposto acima e relatado por Ogden, no qual o suporte da relação terapêutica é coligado pela mediação silenciosa entre analista e analisando. É nessa perspectiva que Winnicott exemplifica casos de regressão à dependência (em análise) nos quais episódios da tenra infância podem reaparecer: urinar no divã, sujar-se, babar, entre outros fatos. De todo modo, o autor inglês pontua que o “necessário aqui não é a interpretação e, na verdade, a fala ou mesmo o movimento pode arruinar o processo e ser excessivamente doloroso para o paciente” (Winnicott, 1954a, p.473).

Assim sendo, pautado nas vicissitudes engendradas pela posição do analista (como objeto subjetivo) na análise, Winnicott acentua as precauções e perigos abarcados pelo terapeuta nesse encontro. A passagem de uma relação fundada no subjetivamente concebido para o objetivamente percebido só é possível pela constância das facilitações e sustentações abarcadas pelo analista em sua função materna. É crucial que o terapeuta atente à temporalidade própria de cada paciente, não emergindo assim no campo do analisando como uma dimensão “não eu”. Desse modo, ele não atinge e viola o núcleo incomunicável e criativo do indivíduo sob seus cuidados; pelo contrário, se nestas condições o analista respeita

os processos não integrados e vulneráveis do paciente, este pode aprender “a valorizar os momentos de *isolamento sem retraimento*, momentos nos quais permanece [vinculado] aos objetos subjetivos que são substitutos das atitudes maternas” (Costa, 2007, p.54).

Através de sua atitude alentadora e interesse genuíno, o analista propicia um novo encaminhamento à trilha pessoal seguida por seu analisando. Decorre daí que o *self* espontâneo começa a ganhar paulatinamente e, cada vez mais, terreno para sua expressão, suportando também situações de fracasso ambiental. Diante desta expressividade do verdadeiro *self*, o indivíduo pode prescindir de algumas organizações defensivas, o que leva à “sensação, por parte do paciente, de um novo sentido de *self* [...] Uma nova progressão dos processos individuais que haviam cessado” (Winnicott, 1954a, p.470).

Desde então, a partir do progressivo fortalecimento egoico, o paciente passa a expressar na situação transferencial a raiva referida ao fracasso ambiental precoce. Em síntese, as circunstâncias de aparecimento da raiva possuem como pré-condição a satisfação das necessidades primárias do sujeito; porém, quando estas não se satisfazem, o desfecho é a atualização das conjunturas adversas impostas pelo meio ao infante – portanto, para o surgimento da raiva é preciso a instauração de contínuos ciclos de experiências em análise nas quais o ego possa adquirir um maior contorno e potência (Winnicott, 1954a).

Em todo esse processo é primordial o fator de “sobrevivência do analista”. De um lado, temos o amplo espectro de ataques desferidos pelo paciente ao terapeuta através, por exemplo, de manipulações, aparecimento de delírios, acusações infundadas, dentre outros. Esses componentes emergem como tentativa de colocação do analista para “fora da área do controle onipotente” do paciente (Winnicott, 1969b, p.127). De fato, essa raiva talvez nunca tenha sido sentida pelo indivíduo em sua vida e, portanto, se aproprie agora das falhas do analista com o objetivo de vivenciá-las como falhas do ambiente.

Num tratamento bem-sucedido, o paciente se torna capaz de pôr em cena o trauma ou o fracasso ambiental e experienciá-lo dentro da área da onipotência pessoal, e, dessa maneira, com um ferimento narcísico menor. É assim que, como analistas, repetidamente nos tornamos envolvidos no papel do fracasso e não nos é fácil aceitar este papel, a menos que vejamos o seu valor positivo. Somos transformados em pais que fracassam e somente desse modo alcançamos sucesso como terapeutas (Winnicott, 1961c, p.60 e 61).

Por outro lado, existe a necessidade de que o analista possa suportar essa gama de ataques sem retaliações. Como já foi dito, essa sobrevivência amparar-se-á em uma expressão silenciosa³⁰ representada através de uma sutil adaptação ao paciente, onde predomina fundamentalmente a capacidade de resiliência do terapeuta. Ser resiliente é uma aptidão que deve tributo, assim como a mãe faz com seu bebê, às adaptações imprescindíveis ao curso da vida e ao processo de continuar a ser. É importante ressaltar que não se trata de uma atitude de indulgência ou benevolência frente às situações suscitadas no *setting* analítico, afinal de contas Winnicott é enfático ao afirmar que a regressão não se relaciona com aspectos tranquilizadores:

Não há por que descrever a regressão à dependência, com sua concomitante adaptação ambiental, em termos de tranquilização, da mesma forma que se tem toda a razão em considerar prejudicial a tranquilização em termos de contratransferência (Winnicott, 1954a, p.478).

Evidentemente, todas as experiências acima descritas assentam-se sobre a base da confiabilidade no analista³¹. O ponto de partida e o percurso necessário para a instalação da confiança são fornecidos por um terapeuta que sustente as características que viemos abordando, a saber: a sobrevivência aos ataques que lhe são dirigidos, a adaptabilidade em relação às necessidades do paciente, o uso benéfico feito pelo analisando das falhas de seu terapeuta, e assim por diante. É por esses motivos que a confiança afigura-se como o motor que propulsiona e evoca o processo regressivo, tornando-se também o pano de fundo de onde se depreendem relevantes consequências para o tratamento analítico.

³⁰ De sua vivência clínica Winnicott recolhe os indícios para a atuação do analista: “O analista preferiria interpretar, mas isso poderia prejudicar o processo e, para o paciente, poderia assemelhar-se a uma espécie de autodefesa, com o analista desviando o ataque do paciente” (Winnicott, 1969b, p.128).

³¹ Existe uma interação crucial de um ambiente primário sustentador no desenvolvimento do sentimento de confiança pelo indivíduo, o que, por sua vez, estabelece o aporte e o veículo das experiências integradoras, personalizantes e enriquecedoras do brincar e do espaço potencial. A confiabilidade na mãe é adquirida não somente com o provimento às necessidades da criança, como pela disposição materna em deixar-se criar e ser inventada pelo bebê. Esse processo somente pode ser alcançado se a cuidadora entrega-se a um movimento de alternância entre apresentar-se magicamente naquilo que o lactente cria e, da mesma forma, sustentar o seu ser nela mesma – fluindo assim, contingencialmente, para fora da área onipotente do infante. Para uma discussão mais pormenorizada sobre a confiabilidade, ver tanto Figueiredo (2009) como Lejarraga (2008).

A função *holding*, como um fenômeno complexo, é passível de múltiplos prolongamentos. Um desses caminhos abertos no universo clínico refere-se ao provimento de *holding* físico, caso se faça realmente necessário. À guisa de ilustração, reproduzimos um atendimento descrito por Winnicott com uma mulher de 40 anos, no qual a sustentação física tornou-se imprescindível:

Uma variedade de intimidades foi tentada, principalmente aquelas que dizem respeito à alimentação e ao manejo de bebês. Houve episódios violentos, e acabou por ela e eu ficarmos juntos, eu com a cabeça dela em minhas mãos. Sem uma ação deliberada por parte de qualquer de nós, desenvolveu-se um ritmo de embalo. O ritmo era bastante rápido, cerca de 70 por minuto (cf. batimentos cardíacos) e tive algum trabalho para adaptar-me a tal ritmo (Winnicott, 1969c, p.200).

Ao apresentar esse caso, Winnicott nos reporta à experiência de mutualidade mãe-bebê na qual a regressão à dependência caracteriza-se como marca distintiva da transferência. Tendo em mente essa perspectiva, o parâmetro de comunicação gira em torno da anatomia e fisiologia dos corpos vivos – assim, o contato corporal descrito ganha contornos de *holding* a fim de harmonizar e reestabelecer a presença do paciente no mundo.

Gostaria de ilustrar com um recorte de minha experiência clínica com pacientes psiquiátricos, através de um atendimento realizado em um hospital-dia, cujos usuários em sua maioria tratavam-se de pacientes com sintomas psicóticos. Lembro-me de uma paciente que aqui chamo de P., à época com 39 anos, que, tendo aberto um quadro psicótico aos 15 anos – recebendo o diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica –, permaneceu apresentando desde então uma sintomatologia com fenômenos alucinatórios e despersonalizadores. Certa manhã, enquanto estava sentado ao seu lado no sofá da instituição, P. começou a ficar muito ansiosa, fixando o olhar em seu próprio corpo, e ao mesmo tempo em que começou a falar alto, dizendo que seu braço estava esticando-se e ficando verde. Rapidamente começou a se agitar, relatando que não sentia mais seu membro. Em meio ao seu estado de angústia, fez-se um momento de silêncio no qual P. esticou o seu braço na minha direção. Dessa forma, comecei a fazer uma espécie de marcação com as mãos (pressão leve) justamente nos limites corporais do braço e, aos poucos, aumentei a força aplicada nele no intuito de dar-lhe alguma sustentação e contorno. Tentei prover algum *holding*, esta dimensão afetiva e corporal, que levasse P. a restabelecer algum grau de experiência de

personalização. Notei que a paciente foi ficando cada vez mais calma, e sua expressão corporal já parecia menos tensa e rígida. Por fim, perguntei-lhe como ela estava, ao que P. me respondeu que já conseguia sentir seu braço e também encontrava-se mais tranquila, fato que se refletiu na tonalidade de voz com que me respondia.

Em contraponto a uma visão idealizada do *holding* como provisões altamente sofisticadas operando na análise, gostaríamos de salientar o campo fértil entranhado nos pequenos gestos, nas formas sutis de interação com nossos pacientes: “Mesmo estar à disposição, confiavelmente, na hora necessária, ou manter o quarto aquecido e livre de correntes de ar pode ser uma comunicação que implica: ‘Conheço as suas necessidades básicas’” (Winnicott, 1969a, p.432). Estas heterogêneas e delicadas encarnações do *holding* em análise contribuem para uma concepção de manejo clínico na qual o papel do analista é o de fazer frente às necessidades prementes do indivíduo; além disso, elas se contrapõem a uma espécie de discriminação de aplicabilidade em termos de um suposto ordenamento por “gravidade” psicopatológica (psicose ou outros quadros onde os traumatismos ao *self* ficam mais em evidência), a qual, do nosso ponto de vista, contribui para uma leitura precipitada da obra de Winnicott.

Não seria possível e nem é nossa pretensão neste pequeno espaço esgotar as discussões em torno do *holding* winnicottiano. Apenas descrevemos algumas de suas facetas que aparecem no ofício instigante da atividade clínica. Talvez o mérito de Winnicott na formulação e concepção do *holding* esteja em uma convocação para libertar-nos de uma rigidez que engesse os desafios impostos em cada encontro clínico. Disponibilizar-se a habitar *com* o paciente espaços nebulosos, indizíveis, sentindo os múltiplos vetores de afeto que nos atravessam, revela as tarefas e a capacidade de engajamento ético em que uma perspectiva do cuidado nos coloca. É somente pela instauração dessa hospitalidade proporcionada pelo analista que o analisando poderá atualizar suas inúmeras potencialidades suspensas por relevantes fraturas ambientais em sua vida. Nas palavras de Winnicott: “Após ser – fazer e deixar-se fazer. Mas ser, antes de tudo” (Winnicott, 1966b, p.120).

4.2 Interpretação-Holding

Em face da sutileza que esta temática apresenta, podemos dizer que a exposição que se segue do conceito de “interpretação-*holding*” possui como objetivo trazer para apreciação algumas possíveis formas de seu aparecimento clínico. Não é demais ressaltar, como mencionamos na descrição do *holding*, que os aspectos a serem aludidos são unicamente um recorte no vasto campo experiencial do tratamento psicanalítico.

A hipótese que nos norteia refere-se a uma ampliação do conceito ortodoxo de interpretação, dado ser este apenas um enquadre adotado por Winnicott. Nesse contexto, temos, por um lado, a tarefa interpretativa (em sua circunscrição tradicional) concernente a um desvelamento de conflitos inconscientes, cujo objetivo compreende a passagem de seu sentido latente para o manifesto, desfazendo assim suas possíveis relações de compromisso. Por outro viés, o que Winnicott pretende com a “interpretação-*holding*” é gerar condições que possam alicerçar a própria constituição de um processo maturacional que se encontra desvitalizado.

A fim de ilustrar as considerações acima, voltemo-nos por um instante à ressalva feita pelo autor inglês quanto ao uso do *holding* em sua modalidade física: “Ocasionalmente o *holding* pode tomar uma forma física, mas acho que é somente porque houve uma demora na compreensão do analista do que ele deve usar para verbalizar o que está ocorrendo” (Winnicott, 1963e, p. 216). Depreende-se, assim, que no âmbito do processo analítico o aspecto físico do *holding* encontra-se de saída atribuído à modalidade interpretativa. Esta concepção do uso interpretativo permeia uma das funções da interpretação-*holding*, ou seja, abarcar empaticamente o sofrimento do indivíduo acarretado por desassistências ambientais precoces.

Se trouxermos para primeiro plano as múltiplas e intensas experiências de sofrimento psíquico, uma das possibilidades de enlaçar-se ao padecimento do sujeito baseia-se no *holding* interpretativo. Essa abordagem analítica confere às dificuldades existentes uma alternativa para a sua transformação, em particular, abre caminhos para que tais mudanças incidam sobre o modo de organização

subjetiva, através do desprendimento de composições defensivas que enrijecem o viver criativo³².

Acompanhando não somente a construção de passagens rumo a uma nova constituição subjetiva, a interpretação-*holding* tem a função de promover, no momento transferencial da sessão, um espaço onde se constitua uma espécie de sustentação das ansiedades vividas. Embasado nessa perspectiva, seu advento em análise deve contemplar tanto a forma como o tempo propício ao paciente, pois inevitavelmente ela será talhada em uma situação transferencial que exige por si mesma um cuidado e uma atenção ativa do analista:

Ver-se-á que o analista está sustentando o paciente e isto muitas vezes toma a forma de transmitir em palavras, no momento apropriado, algo que revele que o analista se dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando (Winnicott, 1963e, p. 216).

Winnicott, ao redimensionar e enriquecer o valor do uso interpretativo, sintonizando-o também como possibilidade de oferecimento de *holding*, nos remete à sua definição de uma comunicação no nível das sensações corpóreas, aludindo assim a uma experiência partilhada de embalo, análoga à de uma mãe devotada ao seu bebê. Escreve o pediatra inglês:

Uma interpretação correta e oportuna no tratamento analítico produz uma sensação de estar sendo fisicamente seguro, que é mais real (para o não psicótico) do que se ele estivesse sendo concretamente embalado ou posto no colo. A compreensão penetra mais fundo, e através da compreensão demonstrada pelo uso da linguagem, o analista embala o paciente fisicamente no passado, ou seja, na época em que havia necessidade de estar no colo, quando o amor significava adaptação e cuidados físicos (Winnicott, 1990, p. 80)

Nos parágrafos que se sucedem tentaremos exemplificar situações nas quais diferentes experiências de *holding* interpretativo aparecem no âmbito clínico. Pode-se afirmar que os fragmentos abaixo são uma pequena amostra da diversidade e possibilidade de aplicação dessa experiência analítica, servindo para demonstrar sua condição de emergência em diferentes processos psíquicos.

³² A este respeito, Figueiredo (2002) parece ter a mesma opinião: “[...] creio que as interpretações podem ocorrer com a função de *holding* verbal, a serviço do manejo da regressão e da instalação da confiança como passos preliminares para o descongelamento afetivo, para a superação das cisões e dissociações, para o contato com o mundo dos afetos e das fantasias na regressão e para a instalação subsequente da capacidade do sonho e do espaço de jogo”.

Assim, no artigo “Retraimento e regressão”³³ Winnicott (1954c) propõe reunir alguns fragmentos clínicos de um paciente diagnosticado por ele como “esquizoide-depressivo”³⁴. O autor inglês afirma que as regressões desse paciente aconteciam em momentos escassos de retraimento no *setting* analítico, sendo justamente essas vivências que Winnicott procura relatar. Esclarecemos que o recorte feito por nós na reprodução das interpretações formuladas por Winnicott com este paciente objetiva, sobretudo, realçar o plano de abordagem clínica que visamos esclarecer.

Uma interpretação destacada por Winnicott nesse caso acontece após a verbalização pelo paciente de que ele encontrava-se em movimento e concomitantemente encolhido no divã, bem como a demonstração de movimentos com as mãos “para mostrar que sua posição encolhida estava em algum lugar diante de seu rosto” (Winnicott, 1954c, p.429). Logo na sequência – e este fator temporal é fundamental na passagem do retraimento para a regressão – Winnicott interpreta³⁵:

Ao falar de si mesmo como encolhido e se movimentando, você está ao mesmo tempo, dando a entender algo que naturalmente não está descrevendo, por se tratar de algo que lhe escapa à consciência; você dá a entender a *existência de um meio*. Um pouco depois perguntei se ele entendera o que eu havia querido dizer e descobri que compreendera imediatamente; ele disse: ‘Como o óleo no qual as rodas se movem’. *Tendo captado a ideia de um meio que lhe fornecia holding*, passou a descrever com palavras o que havia mostrado com as mãos, ou seja, que estivera girando para a frente, e contrastou isso com o giro para trás, por sobre o

³³ É interessante observar o comentário feito por Rodman sobre esta conferência parisiense transformada em artigo por Winnicott, onde ele corrobora nossa leitura do caso clínico, principalmente no que concerne à existência de interpretações que funcionam como *holding*. Seguem-se as considerações do psicanalista americano: “Nesse artigo, ele enfoca o comportamento do paciente durante a sessão, especificamente iluminando o conceito de conversão do retraimento em regressão, uma transformação proveitosa, pelo “holding”, que é ilustrado por uma série de interpretações apropriadas que demonstram ao paciente que o analista entende a necessidade do que precisa ser sustentado” (Rodman, 2003, p.201; tradução nossa).

³⁴ Este paciente é o mesmo descrito no livro *Holding e Interpretação*, em que há um maior detalhamento dos processos ocorridos em sua análise com Winnicott. Já no artigo citado o psicanalista inglês observa que, especificamente neste texto, o retraimento corresponde a um desligamento temporário da realidade externa – podendo ganhar contornos de sonolência. E regressão concerne à regressão à dependência, em contraponto a um movimento regressivo estruturado e ancorado em zonas erógenas (Winnicott, 1990, p.427).

³⁵ Reproduziremos o trecho na íntegra a fim de não reduzir as riquezas expostas nesse fragmento clínico. Winnicott também observa que essa interpretação nunca teria sido realizada por ele caso esta situação clínica ocorresse nas duas décadas anteriores. Com isso, ele aponta para sua experiência com pacientes retraídos e regredidos, bem como para o manejo transferencial que tais acontecimentos o levaram a implementar.

divã, que havia sido relatado algumas semanas antes” (Winnicott, 1954c, p.429; grifo nosso)

Nota-se nesse episódio que, após a interpretação proposta por Winnicott, o paciente pode transformar e usufruir da experiência até então retraída em uma vivência construtiva. A explicação para o transmutação de um processo infrutífero em um acontecimento produtivo é alicerçada pela via que o psicanalista inglês denomina como uma “interpretação do meio” (Winnicott, 1954c, p. 429). Na visão de Winnicott foi justamente essa interpretação que ensejou no paciente uma compreensão maior do papel do analista (nas limitações em que ele tem de se adaptar às necessidades do analisando), um reconhecimento da dependência que por vezes é intensa e dolorosa e, além disso, uma forma totalmente diferente de lidar com os fatos da realidade em sua vida cotidiana.

Nesse sentido, conjugamos a “interpretação do meio” tal como descrita pelo autor inglês com nossa denominação de interpretação-*holding*, pois sua função destina-se a constituir um suporte, a criar um solo de estabilização para as vivências traumatizantes do indivíduo, ou, em outras palavras, “suprir um meio apropriado no momento de seu retraimento” (Winnicott, 1954c, p.429). Portanto, o fator que preside a conduta do analista nesse caso é o fornecimento do *holding* ao paciente através do aspecto interpretativo (interpretação-*holding*). Se logo após o aparecimento do estado retraído (tentativa do indivíduo em prover um *holding* para o próprio *self*) o terapeuta, diz Winnicott, disponibiliza um *holding* ao paciente, haverá uma transformação do retraimento em regressão. Vejamos o que ele afirma:

Sempre que compreendemos profundamente um paciente e mostramos isso através de uma interpretação correta e oportuna, estamos de fato oferecendo um holding para o paciente e tomando parte em um relacionamento no qual o paciente está, em algum grau regredido e dependente (Winnicott, 1954c, p.435; grifo nosso)

Verificamos que no exemplo acima o *holding* é provido através do elemento interpretativo, o qual tem como função primordial fazer a ponte entre os dois estados – do retraimento para a regressão; tal processo só ocorre na medida em que o terapeuta compreende de imediato as necessidades do paciente³⁶. O ponto

³⁶ “O importante era que eu compreendesse imediatamente suas necessidades” (Winnicott, 1954c, p. 434).

capital dessa atitude do analista assenta-se na contenção das angústias e ansiedades experienciadas pelo indivíduo, visto não ser mais necessário ao último tomar as rédeas do controle de um ambiente hostil, pois a qualidade provedora e suficientemente boa da ambiência está a cargo do terapeuta, que fornece um lugar de descanso para o sujeito (no qual ele pode expressar seu próprio ritmo e ser ele mesmo).

Todo esse funcionamento permite ao paciente transitar por um espaço não integrado, um estado natural onde o indivíduo tolere uma ausência de totalidade que, em seu deslocamento, reforce os processos de elaboração imaginativa, nos quais se reaviva o acúmulo de experiências pessoais em íntima conexão com os momentos de criatividade.

Em outras palavras, o *holding* interpretativo atua contra os modos de esfacelamento do *self* criativo, o que leva a um processo de fortalecimento das experiências do viver e automaticamente à potencialização do movimento espontâneo. Ao mesmo tempo, dada a sua forma particular de atuação na clínica, Winnicott acaba por constituir novos arranjos para a interpretação-*holding*. Em uma delas, verificamos uma ampliação bem particular da definição de interpretação, significando simplesmente uma fala dirigida ao paciente, independente de seu conteúdo. No entanto, é o objetivo da comunicação que importa: “Se não fizer nenhuma [interpretação], o paciente fica com a impressão de que compreendo tudo. Dito de outra forma, eu retenho certa qualidade externa, por não acertar sempre no alvo ou mesmo estar errado” (Winnicott, 1962c, p.153).

Aqui intervém uma preocupação de Winnicott quanto aos limites de sua compreensibilidade, visto que para o autor inglês a questão de fundo em sua verbalização é evitar que surjam possíveis sentimentos persecutórios no paciente, o que poderia emanar de um analista “onipotente e sabedor demais”. Concomitantemente, a comunicação promovida por Winnicott implica no fato de que algo em análise evade-se tanto do controle do analista quanto do paciente, uma vez que denuncia o elemento de alteridade presente no processo terapêutico, o que nos remete a um resguardo do analista quanto aos ataques destrutivos do analisando (oriundos de sua esfera onipotente), bem como defende a preservação do núcleo incomunicável deste último por alguma atuação do terapeuta. Simultaneamente, o terapeuta protege o sentimento de que algo está sendo

partilhado em análise, privilegiando e contribuindo para o sentimento de uma criação conjunta.

Voltemos agora a abordar outra passagem clínica, onde podemos reencontrar os movimentos inesgotáveis do *holding* interpretativo. Margareth Little foi analista da Sociedade Britânica de Psicanálise, tendo publicado diversos artigos e um livro no qual conta, sobretudo, seu período de análise com Winnicott³⁷. Nesse relato, a autora descreve dois tratamentos anteriores até chegar a ser atendida por Winnicott: o primeiro com um junguiano, o Dr. X (assim intitulado por Little) e o segundo com Ella Sharpe. A passagem que demarca seu atendimento para o psicanalista inglês ocorreu após a morte de Sharpe em 1947; contudo, importa-nos ressaltar que seu atendimento com Ella, durante sete anos, já era motivo de grande insatisfação, pois a analista limitava-se a interpretações de cunho edipiano, quando a queixa de Little norteava-se sobre questões existenciais³⁸.

Em determinada passagem do livro, ao relatar sua análise com Winnicott, Little descreve uma fala do analista sobre sua mãe: “Sua mãe é imprevisível, caótica, e estabelece o caos ao seu redor [...] Ela é como um daqueles brinquedos que saltam para fora da caixa quando a tampa é aberta, sempre presente por toda a parte” (Little, 1992, p.50). Comentando especificamente esta colocação do autor inglês, Junior e Junqueira (2008) enfatizam:

A fala de Winnicott é muito mais uma descrição do que se passava do que uma comunicação de um conteúdo inconsciente, *mas é devido a esse tipo de trabalho que atualmente podemos compreender essa fala como uma interpretação, num sentido mais amplo; uma interpretação que não revela um sentido oculto, e sim cria um sentido novo*. Uma interpretação que poderia ser denominada de construção, não no sentido freudiano, mas no sentido mais contemporâneo do termo, construção que tem relação com a instauração do recalque primário e com os demais limites do psiquismo; limites de que tanto carecem os *borderlines* (Junior & Junqueira, 2008, p.154 e 155; grifo nosso).

³⁷ Destaco aqui a observação feita por Naffah Neto (2008) quanto à tradução do livro “*Psychotic Anxieties and Containment – A Personal Record of an Analysis with Winnicott*” (1992) por Jayme Salomão. Segue o comentário: “Aqui, até o título do livro foi adulterado para *Ansiedades Psicóticas e Prevenção – Registro Pessoal de uma Análise com Winnicott*, quando a tradução mais literal seria: “Ansiedades Psicóticas e Contenção” e a mais apropriada: “Ansiedades Psicóticas e Sustentação” (Naffah Neto, 2008, p.107).

³⁸ Um exemplo desta situação é relatado na seguinte passagem: “Certa vez falei sobre como queria ‘ser alguém’, referindo-me a ser uma verdadeira pessoa, não ninguém, ou uma ‘não-pessoa’, como achava que era. Isso foi interpretado como um desejo meu de tomar o lugar da minha mãe fisicamente, em seu relacionamento sexual e capacidade reprodutora” (Little, 1992, p.36).

Partindo da perspectiva que estamos adotando ao longo deste capítulo, poderíamos dizer que esta interpretação com contornos ampliados assemelha-se à exposição feita acima da interpretação-*holding* no papel de pôr em relevo a função desempenhada pelo meio na constituição da subjetividade do indivíduo. Mais especificamente, no caso de Little, um dos efeitos oriundos da fala de Winnicott foi justamente demarcar o peso das intervenções maternas sobre sua paciente, dando assim uma espécie de contorno para um ambiente que fora caótico em sua primeira infância. Com isso, Winnicott descarregava Margaret de exigências com as quais a mesma fora obrigada a se confrontar, liberando-a para novas experiências e novas formas de afetação com seu entorno³⁹.

Outro aspecto focalizado pelo *holding* interpretativo ilustra a preocupação de Winnicott em trabalhar de acordo com a idade emocional do paciente durante o atendimento clínico, por meio do qual o analista disponibilizará uma ambiência adequada, além de evitar confrontar o sujeito com dificuldades para as quais ainda não se encontre preparado. A ênfase posta nesta modalidade de verbalização remete-nos à comunicação do terapeuta sobre a ausência de alguma experiência vital do indivíduo em seu relacionamento com o mundo, o que possibilita a abertura de passagem para o fluir do processo maturacional.

Nesse sentido, recorreremos a um caso ilustrativo de Winnicott (1966b) descrito em “A criatividade e suas origens”, cuja referência central é o tratamento de um homem de meia-idade que, já tendo feito algumas análises anteriormente, procurou Winnicott, pois segundo ele existia algo que desconhecia e o levava a buscar tratamento, bem como o impedia de deixar o processo analítico. Em determinada fase da análise, algo novo se apresentou na transferência, o que levou a Winnicott a dizer:

Estou ouvindo uma moça. Sei perfeitamente bem que você é homem, mas estou ouvindo e falando com uma moça [...] Após uma pausa, o paciente dissera: ‘Se eu falasse a alguém sobre essa moça, seria chamado de louco’[...] Foi minha observação seguinte que me surpreendeu, tocando um ponto importante. Falei: ‘Não é que você tenha contado isso a alguém; sou eu que vejo a moça e ouço uma moça falar, quando, na realidade, em meu divã acha-se um homem. O louco sou eu’. Não tive de elaborar esse ponto, porque a chave era aquela. O paciente disse

³⁹ Obviamente que muitos acontecimentos e experiências se sucederam na análise de Little, no intuito de reforçar a direção dada por este *holding* interpretativo. Para mais detalhes, ver sobretudo o comentário feito pela própria Margaret sobre outra interpretação executada por Winnicott, cuja função aponta para o medo de uma “aniquilação” que, na verdade, já ocorrera (Little, 1992, p.63 e 64).

que agora se sentia são, num ambiente louco. Em outras palavras, achava-se agora liberto de um dilema (Winnicott, 1966b, p.105 e 106).

Segundo Winnicott, as dissociações vivenciadas por seu paciente erigiram-se ao tempo dos primeiros cuidados, quando sua mãe não conseguia percebê-lo como alguém do sexo masculino, e assim, no esforço em adaptar-se à expectativa de sua genitora, acabou por acomodar sua loucura. Essa conjuntura levou ao paciente a esperança de que o tratamento analítico pudesse reconhecer e desfazer a dissociação presente em seu psiquismo, sendo justamente neste cenário de comunicação analista-analisando que visualizamos em ação uma das feições do *holding* interpretativo. Nesse contexto, Winnicott não só demonstra que compreende profundamente seu paciente (apontando a presença de um elemento ainda não vivido experiencialmente), como responsabiliza o meio pela loucura imposta ao paciente – “a loucura da mãe que via uma menina onde existia um menino, fora trazida diretamente ao presente através de minha afirmativa: ‘Sou eu que estou louco’” (Winnicott, 1966b, p.106) –, o que lhe possibilitou um novo arranjo para seus aspectos dissociados, pois pela primeira vez em sua vida entrou em contato com os mesmos⁴⁰.

A experiência da interpretação-*holding* pode também ser vislumbrada fora do âmbito clínico *stricto sensu*. Penso que uma ilustração clínica descrita por Winnicott retrata de maneira exemplar essa situação, na qual a sustentação ambiental esboça-se como fator preponderante do relacionamento e amadurecimento humano. No artigo “A tendência antissocial” Winnicott (1956b) nos conta que uma amiga⁴¹ sua o procurou pedindo ajuda para seu filho mais velho John, pois este começara a ter uma compulsão por roubar, tanto em lojas como em casa. Durante uma refeição em um restaurante, a mãe lhe pede um conselho quanto ao comportamento de John, ao que Winnicott diz:

⁴⁰ Sobre a contribuição da interpretação-*holding* é interessante realçar que as tentativas de interpretação em sua concepção tradicional falharam ao longo do tratamento deste paciente. Winnicott destaca que após esta sua nova contribuição pôde explicar porque suas interpretações anteriores nunca tiveram efeitos mutativos, “embora tivessem bons fundamentos, com respeito ao uso de objetos, satisfações erótico-orais na transferência, idéias sádico-orais a respeito do interesse do paciente no analista, como objeto parcial, ou como pessoa com seio, ou pênis” (Winnicott, 1966b, p.109).

⁴¹ Winnicott nos explica, inclusive, que já havia ajudado esta mãe na adolescência a sair de uma fase antissocial.

Eu só podia fazer alguma coisa ali, naquele momento. Portanto, expliquei-lhe o significado do roubo e sugeri que ela escolhesse um bom momento na sua relação com o filho para fazer uma interpretação [...] Eu disse: ‘por que não lhe dizer que você sabe que, quando ele rouba, ele não está querendo as coisas que ele rouba, mas sim procura alguma coisa à qual ele tem direito? Está fazendo uma reclamação a seu pai e sua mãe porque se sente privado de seu amor’. Disse-lhe para que usar uma linguagem que ele compreendesse. (Winnicott, 1956b, p.500 e 501).

A proposta de Winnicott foi aceita pela mãe, que, tendo feito essa interpretação⁴² para seu filho, surpreendeu-se com a reação do mesmo, dado que John afirmou que duvidava que seus pais o amassem. Após uma conversa com ele, ela reafirmou seu amor, tendo mudado também sua atitude a partir daquele momento, no intuito de prover-lhe mais afeição. Por fim, a mãe conversou com a professora de John, explicando que o menino necessitava de carinho e estima, conseguindo dessa forma sua cooperação. Todas essas intervenções tiveram um resultado satisfatório, o que levou a uma melhora no relacionamento de John com a família, assim como à interrupção dos roubos.

Antes de fazermos mais algumas considerações acerca das intervenções de Winnicott e da mãe, retrataremos também um quadro de tendência antissocial de um adolescente, do qual pude participar como psicólogo do PPCAAM⁴³. Nas linhas que se seguem, faremos uma apresentação sucinta do caso. Gustavo⁴⁴ era o irmão mais novo de Paulo, tendo ambos sido adotados juntos, quando estavam com um ano e dois anos, respectivamente. Acompanhei mais de perto, a inserção de Gustavo no programa de proteção, fato ocorrido quando este estava com 14 anos de idade. Moradores de uma cidade no interior do Estado do Rio de Janeiro, a situação que ensejou a solicitação de proteção aconteceu após o adolescente começar a se envolver com o tráfico em sua comunidade, praticando pequenos furtos, o que o levou a ser acusado pelo próprio movimento clandestino do local

⁴² Merece destaque, o uso do termo “interpretação” neste caso. Como já pontuamos anteriormente, em Winnicott tal conceito não possui uma univocidade, o que permite ao autor o alargamento de seu sentido, inclusive tal como empregado no caso clínico aqui descrito. Acreditamos que ao longo da explicitação das consequências do caso, bem como do exemplo clínico que exporemos em seguida, ficará clara a função de holding da comunicação, fato que nos permite caracterizá-la como “interpretação-*holding*”.

⁴³ O Programa de Proteção à Criança e ao Adolescente Ameaçados de Morte (PPCAAM), criado em 2003, foi uma estratégia adotada pelo Governo Federal junto à Secretaria Especial dos Direitos Humanos, no intuito de combater a letalidade infanto-juvenil. Uma das ações adotadas pelo programa visa à transferência do indivíduo ameaçado para local seguro e, na medida do possível, pretende garantir sua reinserção junto aos seus vínculos familiares e comunitários.

⁴⁴ Os nomes usados daqui em diante são fictícios, a fim de mantermos o sigilo necessário ao caso. Aproveitamos para observar que, devido aos limites deste trabalho, seremos obrigados a omitir várias situações e aspectos históricos que poderiam enriquecer a discussão aqui exposta.

de ter furtado uma câmera de vídeo juntamente com outro adolescente. Além de Gustavo, a própria família também foi ameaçada e prontamente acolhida pelo programa.

Destacamos que, durante a permanência de Gustavo no programa, este passou por diversos abrigos, além de um tempo em convívio familiar junto a sua mãe e seu irmão – fato que se tornou insustentável em função das diversas dificuldades de convivência, incluindo a existência de violência física. Porém, a circunstância a ser destacada para os fins desta dissertação aconteceu enquanto Gustavo encontrava-se abrigado em uma instituição, na qual o adolescente acabou criando um vínculo forte com a diretora do local – uma senhora chamada Ana.

Nesse abrigo, Gustavo voltou a repetir alguns comportamentos que eram marcantes nos outros locais pelos quais passou: desafiava outros adolescentes, brigava, agredia verbalmente os educadores, dentre outras atitudes. Ao mesmo tempo, segundo os próprios funcionários: “Gustavo fazia tudo aquilo para chamar a atenção”. E foi neste espaço de conflitos que várias considerações chegaram à equipe do PPCAAM, sobretudo, após o furto do celular de Ana (do qual Gustavo era o maior suspeito). Apesar das atitudes acima descritas, a equipe mantinha uma relação satisfatória com o adolescente. Desta forma, conversei com Ana, mostrando os avanços feitos por Gustavo, ainda que gradativos, e em muito, devidos à sua relação com ela – não eram incomuns alguns atos falhos do adolescente dirigidos a Ana, quando acabava por chamá-la de “mãe”. Sugeri que ela conversasse com Gustavo, mostrando a intenção dos que ali estavam em ajudá-lo, e que compreendiam o fato de suas ações serem um pedido de ajuda para todo o sofrimento que lhe havia sido infligido pelos locais por onde passou, além de outras situações que ele podia ter vivenciado e que poderiam não ser do conhecimento dos funcionários.

Observaram-se então, a partir da conversa de Gustavo com Ana, alguns fatos marcantes. No tocante à questão do celular, ele assumiu a autoria do furto e pediu desculpas a Ana, dizendo que gostava muito dela e que aquilo tinha sido “apenas uma brincadeira”. Os comportamentos antissociais de Gustavo começaram a diminuir e ele passou a se engajar mais nas atividades que exercia fora do abrigo (na escola e em alguns outros cursos que frequentava em uma instituição para jovens).

Acreditamos que, tanto no caso descrito por Winnicott, quanto em nosso relato, as mensagens emitidas por cada ambiente, ao valorizarem o sentido de pertencimento e reconhecimento dos comportamentos de cada indivíduo, puderam redimensioná-los. O efeito da interpretação-*holding*, mais do que uma comunicação, reforça uma atitude de acolhimento dos impulsos, na qual uma nova reparação para as situações ambientais anteriores torna-se possível – ou seja, é pela tolerância ao movimento singular do indivíduo e pela oferta de um solo sustentador que o ambiente desenvolve a capacidade, no caso da tendência antissocial, de construir limites constituintes para o sujeito.

A maneira com que Winnicott usa o fator interpretativo, e não poderia deixar de ser diferente, faz jus à sua originalidade como analista, evocando sempre o recurso irrevogável ao atendimento das necessidades maturacionais expressas pelo paciente. Nesse sentido, parece-nos pouco proveitoso hierarquizar as modalidades interpretativas e outras formas de manejo em um quadro de importância ou relevância, pois o fundamental é o encontro da ação do analista com os anseios e os aspectos do analisando que requerem cuidados em uma ambiência especializada. Não é pouco comum encontrarmos na clínica uma sobreposição ou uma interconexão entre a interpretação-*holding* e interpretações que visam à decodificação ou decifração de conteúdos latentes.

Contudo, justamente devido à complexidade da tarefa acima, foi necessário nuançar alguns pontos do *holding* interpretativo ao longo deste tópico. Como visto, a atenção concedida no *setting* à interpretação-*holding* possui, sobretudo, o propósito de retomar a construção de um psiquismo afetado por interferências ambientais primitivas, alicerçando possíveis necessidades psicossomáticas e reconstituindo os processos de organização e vivacidade do *self*. Afinal,

O que importa ao paciente não é acuidade da interpretação, mas sim o desejo do analista de auxiliar, a capacidade do analista de se identificar com o paciente e assim acreditar no que é necessário e satisfazer as necessidades logo que estas sejam indicadas verbalmente ou em linguagem não-verbal ou pré-verbal (Winnicott, 1958d, p.112).

4.3 Interpretação

Se recorrentemente é preciso lançar luz sobre os princípios básicos da técnica analítica, faz-se necessária uma atenção delicada ao papel do elemento interpretativo neste processo. É com essa advertência que Winnicott inaugura seu texto sobre a “Interpretação na Psicanálise”, três anos antes de seu falecimento. Justamente por se tratar de uma produção referente ao último período de sua vida, seguiremos a via argumentativa traçada por Winnicott no intuito de destacar a multiplicidade de apropriações e manifestações do trabalho analítico-interpretativo presentes em sua prática clínica.

Uma primeira aproximação feita por Winnicott associa o aspecto interpretativo à verbalização do analista, sendo que essa atitude pressupõe um material anterior expressado oralmente pelo paciente. Nesse sentido, um dos postulados winnicottianos concerne a uma devolução (reflexão) ao próprio analisando da comunicação feita ao analista. Vejamos o que diz o autor:

Se este princípio muito simples é enunciado, ele imediatamente precisa de elaboração, e sugiro que necessita de elaboração do seguinte tipo: área limitada da transferência de hoje, o paciente tem um conhecimento exato de um detalhe ou de um conjunto de detalhes. É como se houvesse uma dissociação pertencente ao lugar a que a análise chegou hoje (Winnicott, 1968c, p. 164).

Winnicott explica que a partir desta condição dissociada existe a necessidade de que a devolução do conteúdo trazido pelo paciente, em uma espécie de reflexão, seja feita no mesmo dia em que é apresentado pelo analisando, e não em outro. Dito de outra forma, quando determinado material é exposto na análise ele está circunscrito a uma dimensão da transferência proveniente da própria sessão transcorrida, visto que, por mais que a interpretação dirija-se à pessoa total do analisando, o material interpretativo é originário somente de uma parte da totalidade do indivíduo⁴⁵ (Winnicott, 1968c).

Essa consideração do pediatra inglês nos leva a um fundamento de extrema relevância no processo analítico, qual seja, o fator temporal. Dessa perspectiva, Winnicott pondera que uma interpretação formulada precocemente (fora do tempo adequado ao paciente) assemelha-se a uma interrupção efetuada pela mãe do gesto

⁴⁵ “Como pessoa total, o paciente não teria sido capaz de ter fornecido o material para a interpretação” (Winnicott, 1968c, p.164).

espontâneo da criança. Pode-se então considerar que, fundamentalmente, irrompe um processo de invasão e submissão do paciente ao analista, favorecendo ou reforçando um funcionamento do tipo falso *self*.

Desse ponto de vista, ao explicar sobre o fator temporal na análise e sua relação com a interpretação, Winnicott chama a atenção para a dimensão do *insight*. Para o autor inglês a emergência de *insights* deriva sempre de uma dimensão relacional entre analista e analisando. Ou seja, a composição de alguma elaboração do paciente é o resultado de um processo que atravessa e permeia ambos os sujeitos; trata-se, por exemplo, da possibilidade de que “[...] os dois juntos podem brincar de usar o sonho para obter um insight mais profundo” (Winnicott, 1968c, p.165).

Ao assinalar a possibilidade de um uso conjunto do sonho entre analista e analisando, Winnicott aponta para outra esfera de atuação da função interpretativa. Nesse caso, ao invés de unicamente refletir as considerações provindas do paciente, o terapeuta tem a oportunidade de ampliar os sentidos do material apresentado. Isso significa, em particular, construir e oferecer algumas mudanças para o lugar habitual que o paciente ocupa. Nas palavras de Winnicott, “É como se o analista pudesse usar os processos intelectuais, tanto os seus quanto os do paciente, para avançar um pouco” (Winnicott, 1968c, p.165).

Assim, dentre as várias questões decorrentes do uso interpretativo, Winnicott dirige nossa atenção para os modos de elaboração e apropriação das intervenções analíticas pelos meios intelectivos do terapeuta e do paciente, respectivamente. Quanto ao trabalho do analista, lembra o autor inglês, este funciona a partir do seu ego corporal, ao mesmo tempo exercendo um esforço mental consciente na medida em que as ideias e sentimentos vindos até sua mente são examinados e, como tais, selecionados para efetuar a comunicação interpretativa (Winnicott, 1960d).

Para o paciente, por um lado, a esfera intelectual é necessária para fazer avançar o percurso do tratamento, assim como acontece no surgimento dos processos de desilusão; por outro, pode reforçar aspectos traumáticos no sujeito, por exemplo, ao estimular uma hipertrofia intelectual na qual há um convite ao fortalecimento das dissociações patológicas (Gurfinkel, 2001, p.212). A trama interpretativa, quando funciona danosamente, promove o uso das funções

mentais dissociadas da psique-soma e corrobora com a perpetuação da clivagem das experiências do *self*⁴⁶.

Da mesma forma, embora seja uma modalidade essencial da dinâmica interpretativa, a opção por formular uma interpretação que ultrapasse o objetivo meramente reflexivo requer cuidados especiais em sua aplicabilidade. A adoção pelo analista de tal intervenção poderá engendrar diversos malefícios, sobretudo, se essa experiência não for compatível com o desenvolvimento emocional do paciente. “Uma das dificuldades de nossa técnica psicanalítica é saber qual a idade do paciente a qualquer momento na relação de transferência” (Winnicott, 1949a, p. 323).

Seguindo as vicissitudes do processo maturacional, o ponto fundamental a ser considerado para o exercício da prática interpretativa alicerça-se na eventual capacidade egoica do paciente, pois nessa conjuntura cabe ao analista reconhecer clinicamente um aspecto capital para a obtenção de resultados terapêuticos favoráveis – a modalidade de transferência atuante em determinado momento da análise. Assim, é imprescindível que se possa discernir entre uma “neurose de transferência” e uma “psicose de transferência” (Naffah Neto, 2010).

Em sua obra, Winnicott defende que pacientes psicóticos, em determinados períodos do tratamento, podem estabelecer uma “neurose de transferência”, e assim requerem como instrumento terapêutico uma ação interpretativa da transferência. Da mesma forma, pacientes neuróticos com núcleos psicóticos têm possibilidades de apresentar uma “psicose de transferência”⁴⁷ – fato que descartaria, neste momento, o emprego de interpretações na análise⁴⁸.

Na modalidade neurótica de transferência o analista conserva um maior distanciamento quanto ao funcionamento do paciente; ao mesmo tempo em que

⁴⁶ Quanto à função do analista, Winnicott nos convida a perguntar se é possível antever o grau de resposta intelectual (não somente o fator emocional) do paciente, envolvido pela interpretação do terapeuta. Esse questionamento diz respeito ao quadro de dependência egoica do indivíduo, pois, caso a verbalização do analista seja incompreensível, é possível até mesmo que o paciente sinta-se atacado, desesperanoso, destruído ou aniquilado (Winnicott, 1963e).

⁴⁷ “E na doença do indivíduo qualquer mistura e alternância devem ser esperadas. E ocorrem alternâncias no indivíduo entre uma manifestação neurótica e uma doença mais psicótica (por exemplo, uma neurose obsessiva degenerando em uma fase de depressão agitada e se recuperando de volta à neurose obsessiva, etc.)” (Winnicott;1963c, p.200)

⁴⁸ Como visto, colocamos aqui o uso interpretativo circunscrito a sua dimensão tradicional, ou seja, a de trazer à tona o material recalçado, podendo-se interpretar a transferência, os elementos instintivos inconscientes, os diversos conflitos e as defesas erguidas (Winnicott, 1960d). Acreditamos ter deixado claro, a existência de interpretações na experiência psicótica, apesar do enfoque ser diferenciado por voltar-se ao alcance das experiências integradoras (uma das funções da interpretação-*holding*).

nutre uma abertura e implicação para as vivências suscitadas no *setting* terapêutico. Ou seja, o encontro analítico remete a uma dimensão paradoxal na qual o analista habita um espaço potencial, concomitantemente na posição de objeto subjetivo e objetivo.

A função central da interpretação, nesta condição transferencial, concorre para que o paciente possa discriminar entre o analista como objeto subjetivo (as diversas ressonâncias da dinâmica transferencial) e a sua pessoa real⁴⁹ (objeto objetivo), que até então encontram-se misturadas. O ato interpretativo que provoca no paciente a discriminação entre o objeto subjetivo e o objeto objetivo auxilia o indivíduo no delineamento de algumas fronteiras quanto aos acontecimentos do passado, do presente, de sua realidade interna, do mundo externo, entre outros; sendo que todo esse processo avigora no sujeito a função do uso do objeto (Naffah Neto, 2010).

Na dimensão prática do dia a dia algumas condutas norteavam o trabalho interpretativo do analista inglês, correspondendo não somente aos diversos instrumentais adotados por Winnicott ao longo de sua carreira, como também à sua apropriação singular do exercício clínico. Sua postura o levava com frequência a formular interpretações concisas⁵⁰, nunca usando frases longas, de forma que o encontro analítico não se transformasse em uma sessão pedagógica (Winnicott, 1962c). Essa posição parece ir ao encontro do relato de Margaret Little:

D.W.Winnicott fazia muito poucas interpretações, e apenas quando eu havia chegado ao ponto em que a questão podia tornar-se consciente. Então, é claro, a interpretação soaria bem. Ele não era ‘infalível’, mas muitas vezes falava experimentalmente ou especulava: ‘Eu acho que talvez...’, ‘Será que...’, ou ‘Parece que...’. Aquilo me deixava apreciar ou perceber o que ele dizia, e livre para aceitá-lo ou rejeitá-lo. As interpretações não eram feitas como se eu tivesse acesso à função simbólica, quando eu não tinha (Little, 1992, p. 49 e 50).

Uma direção adotada por Winnicott, e já mencionada anteriormente, indica que a comunicação analítica (em seu sentido interpretativo) deve ocorrer tão logo o material ofertado pelo paciente ilumine o que interpretar (Winnicott, 1958d).

⁴⁹ Bonaminio, discutindo a questão da interpretação, ressalta que ela expressa no ambiente analítico a interrupção de um processo privativo e singular do paciente, em que o analista demarca seu ponto de vista – “Assim, a interpretação é sempre separativa e intrinsecamente um veículo de alteridade” (2011, p. 164).

⁵⁰ “Uma interpretação por sessão me satisfaz, se está relacionada com o material produzido pela cooperação inconsciente do paciente” (Winnicott, 1962c, p. 153).

Obviamente, esta advertência para uma espécie de retorno ao paciente – instante no qual o analista decide falar – advém da oportunidade de se incluir a interpretação na esfera transferencial construída naquela ocasião, isto é, naquele encontro singular com seu analisando. A referência ao momento que determina o ato da interpretação merece, porém, uma atenção maior de nossa parte e, para isso, nos reportamos ao atendimento infantil que pode nos auxiliar a elucidar essa questão.

A articulação do trabalho interpretativo requer uma fase introdutória ou preliminar, onde a configuração do ambiente analítico permita instituir um espaço de brincar compartilhado, pois apenas aquilo que o sujeito cria é que tem valor para ele. Mais uma vez, lembremo-nos da proposição de Winnicott: o trabalho psicoterápico dirige-se no sentido de levar o paciente de um estado em que o mesmo não é capaz de brincar para um estado em que o é (Winnicott, 1968d). A abrangência desse acontecimento clínico reflete-se imediatamente no intervalo que antecede à interpretação, onde emerge um contexto parecido ao “período de hesitação” vivenciado no jogo da espátula⁵¹. Vejamos ao que este se refere.

É no período de hesitação que o bebê estende sua mão à espátula, instalando-se assim um dilema, pois percebe que a situação merece ser considerada, dada a infinidade de possibilidades que a circundam. Contudo, se nada obstrui o seu caminho, ele paulatinamente ganha coragem para que seus sentimentos venham à tona, passando a manipular a espátula e abrindo-se para todas as experiências que daí advirão. O caminho percorrido pelo bebê é análogo ao trilhado pelo terapeuta junto ao seu paciente, caracterizado, principalmente, pela germinação de um campo de espera e ritmo próprio, no qual o desenvolvimento completo de uma experiência pode ser permitido (Winnicott, 1941a).

Cabe, portanto, ao analista, na esteira do movimento interpretativo, orientar-se pelo tempo singular do paciente, de maneira que tanto a apresentação quanto a forma da interpretação possam subsidiar uma apropriação criativa pelo analisando. Como assinala Winnicott, ao comparar a interpretação com o jogo da espátula, a ação interpretativa é um objeto cintilante (espátula reluzente) que excita a voracidade do paciente e, por isso, a sensibilidade quanto ao momento da

⁵¹ O jogo da espátula caracteriza-se por uma situação bem demarcada, na qual se observa a forma como determinado bebê reage a uma espátula reluzente que lhe é acessível (Winnicott, 1941a).

comunicação é imprescindível – afinal, como o próprio autor enfatiza, “[...] a interpretação prematura, em tais circunstâncias, aniquila a criatividade do paciente e é traumática no sentido de ser contrária ao processo de maturação” (Winnicott, 1967e, p.161) e (Winnicott, 1941a).

É elucidativo verificarmos os pontos de junção do que viemos falando com as considerações de Winnicott sobre a interpretação, como, por exemplo, nos atendimentos formatados em consultas terapêuticas. Nelas, como em todo *setting* analítico tradicional, quem dita o ritmo do processo é a criança, o que acarreta em consequências diretas às produções interpretativas. Assim, quando o analista faz uma interpretação que tem como efeito uma discordância ou mesmo uma omissão por parte do infante, ele apressa-se em invalidar o que disse. Nas palavras do autor inglês:

Quando me ocorre fazer uma interpretação e estar errado, a criança é capaz de me corrigir. Algumas vezes naturalmente há uma resistência, o que significa que fiz a interpretação correta e que esta está sendo negada. Mas a interpretação que não funciona significa, sempre, que a fiz no momento errado ou de maneira errada, e a revogo incondicionalmente [...] Interpretações dogmáticas deixam à criança apenas duas alternativas: a *aceitação* do que eu disse como uma doutrina ou a *rejeição* da interpretação, de mim e de toda a situação (Winnicott, 1971c, p.17 a 18).

Essas observações afirmam a caracterização dada por Winnicott às consultas terapêuticas: uma atmosfera de criação, refletida tanto na produção feita com lápis e papel dados à criança – lançando-se a rumos indeterminados –, quanto nas proposições interpretativas. O impulso para o desenvolvimento das interpretações e suas consequências é norteadado pelo paciente, de maneira tal, que Winnicott reafirma a posição da criança em seu direito de rejeitar o que vem do analista. Assim, em nenhum momento ele abre mão de dar ao sujeito que atende a iniciativa e o campo de liberdade próprios ao brincar analítico. Longe de uma arguição doutrinária⁵², produtora de submissão e resistência, a interpretação pode e deve basear-se no terreno fértil e criativo do brincar, tornando-se um “objeto criado e encontrado por ambos [paciente e analista]” (Abadi, 1998, p.198).

Algumas referências centrais encaminham a condução do tratamento analítico e servem como parâmetro para o terapeuta na execução ou não de determinadas ações. As observações expostas acima, de alguma forma, já foram

⁵² Relata Winnicott: “Não tenho absolutamente nada a ganhar convertendo alguém a meu ponto de vista” (Winnicott, 1971c, p.18).

trabalhadas ao longo desta dissertação. Porém, elas possuem tamanha densidade no pensamento de Winnicott que torna-se imprescindível retomá-las aqui, destacando as diversas facetas desta espécie de caleidoscópio interpretativo.

Nesse sentido, a figura da interpretação é construída sobre uma experiência que visa não somente o acesso a conteúdos recalcados, mas que, sobretudo, busca a existência de “acontecimentos” (Safra, 2007). Acontecimentos que possibilitem a resolução dos impasses que norteiam os aspectos fundantes da condição humana. De forma mais ampla, os elementos descritos aqui – tais como o tempo de ação da interpretação, a produção de *insights*, o uso do intelecto, a capacidade egoica do paciente, interpretações concisas, retificações do que foi dito – remetem-nos sempre à condição do paciente na sessão, e, logo, ao alcance maturacional próprio a cada indivíduo em sua trajetória de vida.

Para concluir, acreditamos ter tido êxito em demonstrar que o relevo dado, ao longo do movimento psicanalítico, à tentativa de circunscrever o significado do que seja ou não uma interpretação foi, por assim dizer, posto em segundo plano na teoria winnicottiana. A preocupação do analista inglês alinha-se a um regime eminentemente clínico e foi através dessa perspectiva que tentamos esboçar o lugar e a função da interpretação em sua obra. Seu traço diferencial aparece em sua postura ética frente ao analisando e, neste sentido, trazemos uma contribuição de Guntrip (2006) ao comentar sua análise com Winnicott: “Certa vez, ele disse para mim: ‘nós diferimos de Freud. Ele queria curar sintomas. Nós estamos preocupados com pessoas vivas, vivendo e amando por inteiro’” (Guntrip, 2006, p.403).