Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Para uma nova etiologia das neuroses: notas a partir da teoria das relações objetais de Donald W. Winnicott[1]

Sergio Gomes da Silva[2], Rio de Janeiro
Nelson Ernesto Coelho Júnior[3], São Paulo

O presente trabalho objetiva analisar a etiologia das neuroses em Freud e Winnicott. Para tanto, parte das principais considerações sobre os mecanismos de defesa, o recalque, a sexualidade, o complexo edípico e o conflito psíquico na psicanálise clássica freudiana, para depois propor uma nova etiologia a partir da teoria das relações objetais em Donald W. Winnicott. Os autores não consideram apenas o conflito vivido em termos da dinâmica psíquica, mas aquele vivido na dinâmica mãe-bebê, principalmente a partir dos polos opostos entre o amor e o ódio na travessia do concernimento (posição depressiva). Os autores defendem um manejo clínico de pacientes com sofrimento psíquico neurótico a partir da psicanálise transmatricial, propondo, concomitantemente à associação livre, o uso da regressão à dependência a fases primitivas de falhas ambientais.

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.
Arquivo gerado para uso exclusivo de

[1] Este artigo é resultado do projeto de pós-doutorado *Nosologia e Etiologia dos Distúrbios Psíquicos em Donald W. Winnicott: as neuroses*, cadastrado através do Processo: 2018.1.575.47.9, realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, no Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no período de 2018-2019.

[2] Psicanalista. Membro efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ). https://orcid.org/0000-0002-3820-1399

[3] Psicanalista. Professor Doutor do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). https://orcid.org/0000-0002-0707-7356

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Palavras-chaves: Neurose; Mecanismos de defesa; Recalque; Sexualidade; Concernimento; Freud; Winnicott

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

> *"Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura"*. (Guimarães Rosa, 1956)

Introdução

Desde o início dos primeiros casos clínicos, as neuroses se tornaram a preocupação de Freud ao longo de toda a sua obra, tanto do ponto de vista clínico quanto do ponto de vista metapsicológico. A terminologia fora proposta em 1769 pelo médico escocês William Cullen, em um tratado de medicina que viria a ser publicado anos mais tarde, *First lines of the practice of physics* (*Primeiras linhas da prática médica*), para definir uma classe de doenças dos nervos que provocavam distúrbios da personalidade. Nesse livro, em um capítulo denominado *Neurosis or nervous diseases* (*Neurose ou doenças nervosas*), Cullen referiu-se a certos tipos de adoecimentos mentais ou "*vasânicas*" (denominação genérica para diferentes perturbações mentais), além de dispepsia, palpitações cardíacas, cólicas, hipocondria e a própria histeria. Ao longo do século XIX, uma série de sintomatologias seriam incluídas nessa definição: afecções com sede orgânica definida; afecções funcionais sem inflamação ou lesão de estrutura no órgão e demais doenças do sistema nervoso. Para Laplanche & Pontalis (1986), o conceito de neurose ao longo do século XIX foi se aproximando do ponto de vista da extensão nosográfica, abrangendo adoecimentos psíquicos relacionados a três campos: a neurose propriamente dita (tendo a histeria como o grande modelo diagnóstico); a psicossomática (com referência à neurastenia e afecções digestivas) e a neurologia (referindo-se a doenças mentais graves).

O termo finalmente foi retomado por Freud a partir de 1893, para designar uma classe de doença nervosa cujos sintomas representavam um *conflito psíquico*, tendo como origem os complexos infantis, mas que sofriam ação de dois mecanismos de defesa: a censura e o recalque (Roudinesco & Plon, 1998; Laplanche & Pontalis, 1986).

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Freud classificou as neuroses a partir da histeria, colocando no mesmo quadro etiológico a neurose obsessiva, a neurose compulsiva e as fobias. No início da segunda década do século passado, propôs duas formas de neuroses particulares: a neurose de transferência, a qual precisa ser vivida pelo paciente para possibilitar o trabalho analítico, e a neurose narcísica, em que haveria um investimento (*Besetzung*) no próprio Eu e que corresponderia à maior parte dos distúrbios psíquicos graves, como na psicose – seja na forma da esquizofrenia ou da paranoia. Freud ainda descobriu as neuroses atuais (as quais não teriam origem na primeira infância ou no complexo edípico, mas seriam produzidas no aqui e agora) a partir do advento da Primeira Guerra Mundial e de uma vivência traumática de difícil apreensão pelo aparelho psíquico, tal como se viu nos soldados de guerra ao voltarem para casa. No momento dos primeiros textos psicanalíticos, Freud teorizou acerca da neurose de angústia, hoje conhecida pela classificação médico-psiquiátrica como síndrome do pânico ou transtorno do pânico e, por fim, tratou de uma forma particular de neurose provocada pelas vivências de separação da criança com seus genitores, geralmente sua cuidadora, a mãe, denominada neurose de castração, angústia de castração ou ainda angústia de separação.

Ora, se a psicanálise freudiana teve as neuroses como sua grande preocupação clínica, talvez isto se deva justamente pelos sintomas com os quais ele se deparou nos primeiros casos clínicos no período pré-psicanalítico, resultante de uma sexualidade burguesa extremamente reprimida. No entanto, o mesmo não se verificou em alguns de seus herdeiros teóricos, a exemplo do psicanalista inglês Donald W. Winnicott.

Para esse autor, as neuroses não foram tomadas como tema principal de sua preocupação clínica. O que mais lhe chamou a atenção foram os distúrbios psíquicos graves observados durante a primeira infância a partir da relação mãe-bebê, a exemplo das psicoses, do autismo, das personalidades *borderline*, das personalidades esquizoides, dos distúrbios psicossomáticos e da tendência antissocial. Deste modo, o psicanalista inglês deixou um caminho aberto para a pesquisa clínica psicanalítica.

Neste artigo, propomo-nos a investigar a etiologia das neuroses, da perspectiva freudiana até as investigações clínicas de Donald W. Winnicott a partir da teoria das relações objetais e da teoria do desenvolvimento emocional primitivo. A importância em pensar a etiologia das neuroses por meio de suas contribuições está em ressaltar um modelo teórico-clínico na compreensão do sofrimento psíquico de pacientes com sintomatologia neurótica, bem como pensar em novas formas de manejo ou enquadre clínico do sofrimento desses pacientes.

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

A etiologia das neuroses em Freud

Sabemos que os primeiros estudos pré-psicanalíticos são referências na compreensão das afeções do psiquismo a partir do fenômeno da histeria. No final do século XIX, Charcot na França, e Breuer e Freud na Áustria, já estavam considerando um adoecimento cuja existência ou não da lesão anatômica indicava uma determinada classe de sintomas específicos, formando-se assim dois grandes grupos de doenças: aquelas com sintomatologia regular, e que se referiam às lesões orgânicas identificáveis por meio da anatomia patológica, e outras denominadas de *neuroses*, caracterizadas pelas perturbações sem lesão aparente e cuja sintomatologia não apresentava alguma regularidade, constituindo os primeiros estudos sobre a histeria (Freud & Breuer, 1893-1895/1996a). Nesse primeiro momento, foi a histeria quem indicou o modelo teórico-clínico na constituição das neuroses, cujo tratamento tinha como objetivo a diluição dos sintomas por meio da hipnose. As causas da histeria estavam relacionadas a um trauma infantil, tendo como referentes a repressão da sexualidade adulta, a vivência da sexualidade infantil e os mecanismos de defesas psíquicas, tornando-se o ponto central das investigações freudianas.

Após determinar a etiologia da histeria (1896/1996h), Freud chegará às *neuropsicoses de defesas*, afirmando que, no adoecimento psíquico, o que vamos encontrar é uma cisão na consciência geradora de adoecimentos singulares – histeria, angústia, obsessões, fobias –, cisão esta provocadora de uma tensão, um *conflito*, um alto grau de esgotamento mental e um mal-estar do qual o psiquismo precisa se defender. Nessa época, Freud abandonou a hipnose como forma de tratamento para esses males e começou a utilizar a técnica de associação livre, passando a observar quais mecanismos de defesa são acionados como forma de diminuir o acúmulo de tensão e conflito no mundo interno. A defesa emerge como forma de censura ao Eu do paciente diante de lembranças infantis e sexuais ameaçadoras, mantendo-as afastadas da consciência, e cuja resistência ao tratamento era a única forma comprovada de se observar clinicamente. Portanto, nesse primeiro momento, as defesas eram o modelo e a matriz pelas quais o Eu encontrava meios para manter afastadas as lembranças desagradáveis que predispunham o paciente ao adoecimento (Freud, 1894/1996b).

Nesse ínterim, Freud descobre o recalcamento (*Verdrängung*) como o mecanismo de defesa *princeps* e a pedra angular sobre a qual se debruça a psicanálise, estando presente em várias sintomatologias, da histeria às obsessões, das fobias à angústia propriamente dita, e finalmente entende o papel preponderante da sexualidade e seus derivados como atriz principal e constitutiva das neuroses

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

(Freud, 1895[1894]/1996d, 1895[1894]/1996e, 1895/1996c, 1896/1996f, 1896/1996g, 1898/1996i).

O recalque (*Verdrängung*) foi compreendido a partir do fenômeno da *resistência* e da tentativa de superação de traumas precoces na vida do paciente, cuja ação consiste em afastar da consciência qualquer representação que provoque desprazer ao aparelho psíquico. A resistência, por outro lado, se manifestava por meio de falhas da memória, da incapacidade de falar sobre determinados temas e pela tessitura do silêncio nas sessões com o médico. Faz parte da resistência a censura exercida pelo Eu, que mantinha afastado todas as ideias ou conjunto de ideias ameaçadoras ou que despertavam algum sentimento de vergonha, dor ou pavor diante do acontecido. Segundo Freud, os mecanismos de defesa surgiriam pela impossibilidade de conciliação entre a representação ou o grupo de representações de determinadas vivências e o próprio Eu.

As neuroses foram assim concebidas como pertencentes a um trauma psíquico vivido durante a primeira infância, cujo acúmulo de tensão dentro do aparelho psíquico não possibilitava constituir qualquer representação (*Vorstellung*) dessas vivências traumáticas. Na primeira tópica, o recalque emerge mediante a cisão entre a atividade mental consciente e a atividade mental inconsciente e, portanto, logo foi entendido como um mecanismo em si mesmo ao invés de um mecanismo de defesa (Freud, 1915/2004c).

Com efeito, para Freud, o recalcamento é responsável por diversas ações no psiquismo e não está unicamente associado à neurose, mas também à psicose (Freud, 1938/2007d, 1924/2007b, 1924/2007c, 1923/2007a). Aliás, conforme sabemos, está presente desde o início da formação das instancias psíquicas, na medida em que produz uma cisão entre os sistemas *pré-consciente/consciente* e o sistema *inconsciente* ou, dito de outro modo, sem o recalque não haveria aparelho psíquico, nem ao menos inconsciente. Freud formula a existência de dois tipos de recalcamentos: o recalque originário ou primário e o recalque secundário ou recalque propriamente dito, este último responsável por defender o aparelho psíquico do desprazer provocado pela censura exercida no sistema pré-consciente/consciente (Freud, 1915/2004c). Enquanto o recalque originário era responsável pela cisão ou clivagem em instâncias psíquicas diferentes, o recalque secundário pressupunha uma clivagem entre as instâncias psíquicas, tendo como função manter afastado do sistema pré-consciente/consciente determinadas representações pertencentes ao sistema inconsciente. Conforme afirma Garcia-Roza (1997), o recalque incide diretamente sobre o representante psíquico ideativo da pulsão e não sobre a própria pulsão ou sobre o afeto, ou seja, o que é recalcado é o representante ideativo ao qual o afeto está ligado, e, portanto, ele mesmo não pode se tornar inconsciente.

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Para Freud, a falha do processo de recalcamento traria uma diversidade de adoecimentos psíquicos típicos da neurose, seja por um enfraquecimento do contra-investimento por parte do Eu (histeria), seja por um esforço da pressão da pulsão (neurose obsessiva) ou decorrente de uma experiência recente ameaçadora ou causadora de desprazer (as fobias e as neuroses atuais). Em qualquer um desses casos, o que está em evidência é o *conflito* vivido no âmbito do psiquismo, ressaltando tudo o que ocorre no interior da mente, do aparelho psíquico e do mundo interno.

Embora Freud nunca tivesse deixado de lado a influência do que é vivido fora do psiquismo, seu olhar sempre se voltou para aquilo que ocorria *dentro do mundo interno*. Um exemplo disso era a constituição das instâncias psíquicas e os mecanismos de defesa diante de ideias ou representações. Em *A interpretação dos sonhos* (Freud, 1900/1996j) e nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905/1996k), ele enfatiza um momento mítico no desenvolvimento infantil por meio do complexo edípico, referindo-se à influência do mundo externo no desenvolvimento da sexualidade, da libido, da personalidade e do psiquismo. As vicissitudes do *complexo de Édipo*, para o menino e para a menina, são vividas, mais uma vez, como um novo *conflito*, desta vez entre ideias incestuosas e parricidas, seja pelo desejo inconsciente de tomar a mãe (ou o pai) como *objeto de amor*, seja por tomar o pai (ou a mãe) como *objeto de ódio*. O que está em jogo, na trama sexual edípica, é o *conflito* vivido entre a criança e o mundo externo por meio da relação analítica.

Contudo, é em *Tipos e desencadeamento da neurose* (Freud, 1912/1996l), um texto complementar à etiologia das neuroses, que Freud abordará uma predisposição para o adoecimento neurótico centrado na história do desenvolvimento da libido. Portanto, irá tratar do modo pelo qual o sujeito vai vivenciar nos primeiros anos as diversas fases de desenvolvimento da sexualidade, as vicissitudes da pulsão sexual e a forma como a libido passará a agir na dinâmica psíquica, apontando para a *influência do mundo externo* na primeira infância.

Para que haja o desencadeamento da neurose, Freud afirma ser necessária a influência de quatro fatores: a frustração, o esforço interno para se adaptar à realidade, a inibição do desenvolvimento e o represamento da libido.

No que se refere à frustração, o psicanalista afirma que somente teremos saúde se nossa "*necessidade de amor* for satisfeita por um *objeto real no mundo externo*" (Freud, 1912/1996l, p. 249, grifos nossos). A neurose só emerge se esse *objeto de amor* for afastado dele sem que ninguém ocupe o seu lugar, ou seja, se o indivíduo for frustrado junto ao objeto da relação de cuidado. Na sequência, Freud defende a ideia de que a felicidade do indivíduo coincide com a saúde e a

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.
Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

infelicidade com a neurose, destacando que a cura para o paciente talvez esteja mais no destino do que no médico que o tomará para tratamento, pois o destino "pode oferecer ao paciente um substituto para a possibilidade de satisfação que perdeu" (p. 249). Em outras palavras, o adoecimento psíquico acontece quando há alguma dificuldade no *cuidado,* e a causa da neurose pode estar circunscrita – em virtude da limitação imposta pela civilização – ao *campo das satisfações*. A frustração tem um efeito patógeno porque ela represa a libido, submetendo o indivíduo a um teste relativo à quantidade de tempo que ele pode suportar este aumento de tensão psíquica e quais métodos vai acionar para lidar com essa frustração. Freud deixou de ver que a cura para o paciente estaria justamente no médico que o acolhia, e não no destino, para que este lhe oferecesse reparação às satisfações das necessidades (*Bedürfnis*) perdidas, uma vez que é justamente através da neurose de transferência, na figura do médico ou do analista, que o paciente poderá superar as falhas do cuidado ou os traumas vividos na vida infantil ou adulta.

Para permanecer saudável, o indivíduo precisa transformar a tensão psíquica em energia ativa, voltada para o mundo externo e extraindo dele sua satisfação (*Befriedgung*), ou então renunciar à satisfação libidinal, sublimando a libido represada para fins não sexuais. Nesta direção, a neurose é o resultado de uma *regressão libidinal* a determinadas fases da infância, lutando por objetivos que se coadunem com elas, as quais, se forem incompatíveis com o momento atual do indivíduo, adquirem uma intensidade suficiente para serem vividas como um *conflito* entre a *regressão da libido* e a *realidade atual* do indivíduo. Para Freud, "o conflito é solucionado pela formação de sintomas e seguido pelo desencadeamento da doença manifesta", ou seja, por "satisfações substitutivas" (Freud, 1912/1996l, p. 250). Assim, temos que o adoecimento psíquico é provocado por uma mudança no mundo externo. O adoecimento psíquico é resultante da experiência de contato com o mundo externo, por meio de uma tentativa de renúncia de satisfação ao Eu e uma incapacidade de resistir às mudanças ocorridas do lado de fora do Eu, provocando, como consequência, um conflito resultante da libido represada e de outras formas de satisfação incompatíveis com a realidade atual do indivíduo.

No segundo caso, que é o esforço do indivíduo para se adaptar à realidade externa, o adoecimento psíquico é resultante de um esforço interno do aparelho psíquico para conseguir a satisfação que lhe é acessível na realidade, ou seja, por meio de uma "tentativa de adaptar-se à realidade e atender às *exigências da realidade*" (Freud, 1912/1996l, p. 251, grifos do autor), o que provoca um esforço insuportável dentro do aparelho psíquico. Neste caso, o adoecimento psíquico é ocasionado pelas mudanças provocadas no *mundo interno do indivíduo* a partir de seu processo de desenvolvimento, tendo a tarefa de trocar sua satisfação por

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

outra menos satisfatória, e cujo conflito é resultante do esforço do indivíduo em permanecer como si mesmo e, ao mesmo tempo, modificar suas necessidades internas para atender às exigências da realidade externa.

Os dois fatores etiológicos do adoecimento psíquico neurótico acima apresentados não se excluem mutuamente. Ambos podem ser vividos ao mesmo tempo. A enfermidade pode ser ocasionada devido tanto à frustração das necessidades do indivíduo quanto à sua incapacidade de se adaptar à realidade externa, ou seja, quando a realidade frustra a satisfação da libido. Porém, a realidade não frustra todas as necessidades, nem provém unicamente da realidade externa, diz Freud, mas a partir de certas tendências inatas do Eu: "em consequência do *conflito* que se estabelece imediatamente no segundo tipo, ambas as espécies de satisfação – tanto a habitual quanto a que se visa – são igualmente inibidas" (Freud, 1912/1996l, p. 252, grifos nossos).

Quanto ao terceiro fator, a inibição do desenvolvimento, o adoecimento psíquico é visto em "pessoas que caem enfermas logo que passa da *idade irresponsável da infância* e que, assim, nunca atingiram uma *fase de saúde* – isto é, uma fase de *capacidade de realização* e fruição que é geralmente limitada" (Freud, 1912/1996l, p. 253, grifos nossos). Em termos freudianos, o desencadeamento da neurose é provocado porque a "libido nunca abandonou as fixações infantis; as *exigências da realidade não são subitamente feitas a uma pessoa integral ou parcialmente madura*, mas originam-se do próprio fato de ficar mais velho" (Freud, 1912/1996l, p. 253, grifos nossos). O conflito aqui é relegado a momentos posteriores durante o curso do desenvolvimento.

Por fim, Freud aponta para o represamento da economia libidinal, ao afirmar que o adoecimento psíquico se dá em pessoas sadias que nunca sofreram frustração ou dificuldade em lidar com as exigências da realidade externa e nem vivenciaram uma inibição do desenvolvimento, mas devido ao aumento na quantidade de libido na sua economia mental, perturbando o equilíbrio da saúde e desencadeando uma neurose. O represamento da libido torna-se patogênico em função de uma relativa frustração oriunda do mundo externo, que só possibilitou a vivência de alguma satisfação devido à reivindicação por uma parte menor da libido. Essa afirmação não pode ser medida em termos quantitativos, só podemos observá-la quando houver a manifestação da doença propriamente dita, ou seja, quando se puder observar a forma através da qual o Eu vai lidar com o represamento da libido. "Uma debilidade do Eu, devido a doença orgânica ou a alguma exigência especial à sua energia, poderá causar o surgimento de neuroses que de outra maneira permaneceriam latentes, apesar de qualquer disposição que pudesse se achar presente" (Freud, 1912/1996l, p. 254).

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Notem que, neste caso, o conflito não está mais entre os três fatores apresentados acima. A neurose é provocada por um *conflito* vivido entre o Eu e a libido, bem como a descoberta de que não existe distinção entre as determinantes da saúde e as neuroses, pois todo indivíduo deve saber lidar com a tensão vivida dentro do mundo interno em decorrência da necessidade de dominação dos seus desejos libidinais.

Após a publicação dos textos sobre o inconsciente (Freud, 1900/1996j; 1912/1996l) e sobre o funcionamento do princípio do prazer e da realidade (Freud, 1911/2004a), além dos principais textos sobre a metapsicologia (Freud, 1914/2004b, 1915/2004c, 1915/2004d, 1915/2006a, 1917/2006b), sobre o dualismo pulsional (Freud, 1920/2006c) e, fundamentalmente, com a criação da segunda tópica (Freud, 1923/2007a), Freud passa a compreender a neurose como oriunda de outros conflitos vividos no psiquismo.

Vejamos: em *Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico*[4], Freud afirma que apenas após a introdução do processo de recalque sobre a gênese da neurose foi possível compreender as exigências do aparelho mental em se manter afastado da realidade externa, negando-a. Sabemos que o inconsciente não almeja desprazer, e sim o contrário, uma vez que é refém do princípio do prazer; por outro lado, também sabemos que o aparelho psíquico não suporta a sobrecarga de estímulos acumuladores e provocadores do aumento de tensão interna, muito embora a realidade lhe seja apresentada como um remédio amargo com o qual todo indivíduo deve saber lidar. Por isso, o processo de pensar é adicionado para fazer com que o aparelho psíquico possa suportar o aumento de tensão interna. O processo de pensar que foi adicionado com o objetivo de postergar a remoção motora dos estímulos vividos dentro do aparelho psíquico, segundo Freud, formou-se a partir do próprio ato de conceber mentalmente [representar, imaginar, pensar] (*Vorstellen*), estando dotado de características que possibilitaram ao aparelho psíquico suportar todo o aumento de tensão decorrente do acúmulo de estímulos indesejados durante esse ato de adiar. "O pensar é, em essência, um agir por ensaios deslocando (*Verschiebung*) pequenas quantidades de cargas de investimento em condições em que há menor dispêndio (remoção) delas" (Freud, 1911/2004a, p. 67). Enfim, o pensar não só era inconsciente como também ultrapassava o ato de visualizar mentalmente [representar, imaginar, pensar através do ato de imaginar] (*Vorstellen*), dirigindo-se às relações entre as impressões deixadas pelo objeto, e só

[4] Neste caso, preferimos usar as publicações mais recentes de alguns textos de Freud organizadas por Luiz Alberto Hans, por achá-las mais de acordo com o original em alemão do que a *Standard Edition*, publicada anteriormente, onde o texto em questão foi apresentado como *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*.

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

adquiriu qualidades perceptíveis à consciência (*Bewusstein*) por meio da fixação (*Bindung*) de restos de palavras.

No entanto, é no texto sobre a distinção entre neurose e psicose que Freud afirma que o conflito psíquico vai acontecer entre duas estruturas psíquicas, o Eu (Ego) [*das Ich*] e o Isso (Id) [*Das Es*], e não mais entre o inconsciente e o pré-consciente/consciente, ou entre o Eu e a ação da libido, ou ainda entre a realidade interna e a realidade externa (Freud, 1924/2007b)[5]. Sabemos que, enquanto na neurose o Eu mantém uma estreita relação entre a realidade externa e as moções pulsionais oriundas do Isso, e assim o conflito se dá entre ambos, na psicose, o que temos é uma perturbação na relação entre o Eu e o mundo externo. A neurose de transferência decorre de três fatores: a) o Eu pode se recusar a acolher uma moção pulsional advinda do Isso; b) o Eu pode negar (*Verleugnen*) a moção pulsional ou uma resolução motora ou c) o Eu pode refutar a moção de acesso ao objeto almejado. Em qualquer caso, o Eu se utilizará do recalque, que encontrará um outro representante em relação ao qual o Eu não possui domínio algum, servindo-lhe de substituto (*Ersatzvertretung*): o sintoma. Dessa forma, Freud admite que o sintoma se impõe ao Eu por meio da formação de compromisso, e assim ele lutará contra a presença do sintoma de modo análogo ao que fez contra a moção pulsional oriunda do Isso. É este complexo quadro do embate de forças entre o Eu e o Isso que constitui, na acepção de Freud (1924/2007b), as neuroses. "O Eu tomou partido de forças, cujas reivindicações se fazem ouvir mais fortes dentro dele, de modo que, ao fim, elas se mostraram mais influentes do que as reivindicações pulsionais do Isso" (p. 96). Na verdade, foi o Eu quem engendrou e dirigiu a ação do recalcamento contra o Isso. Ademais, o Eu ainda resistiu contra o conteúdo recalcado, entrando em conflito com o Isso.

Desse modo, podemos compreender que, tanto na neurose quanto na psicose, existe uma etiologia comum, "a não realização de alguns daqueles desejos infantis, sempre indomáveis e profundamente enraizados em nossa organização psíquica filogeneticamente predeterminada" (Freud, 1924/2007b, p. 97), a qual Freud denomina de *privação* (*Versagung*). A privação é sempre relacionada ao mundo externo, mas pode advir da estrutura interna denominada de Supra-Eu (Superego) [*Das Uber-Ich*], responsável por assumir a função de representar (*Vertretung*) as exigências da realidade externa. Essa nova estrutura psíquica, o Supra-Eu, unifica as influências tanto do Isso quando do mundo externo, tornando-se o modelo ideal para todos os esforços do Eu, ou seja, ele concilia as diversas dependências do

[5] Aqui também estamos usando as versões dos textos de Freud organizadas e traduzidas direto do alemão por Luiz Alberto Hans, ao invés da edição da *Standard Edition* em que o texto foi publicado como *O Ego e o Id*.

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Eu. Aqui, mais uma vez Freud vai dar uma importância seminal a uma de suas últimas formulações sobre as neuroses, ao afirmar que o adoecimento psíquico das neuroses também se constitui por um conflito entre o Eu e o Supra-Eu, algo que ele denominará de *neuroses narcísicas*, tal como visto na melancolia (Freud, 1917/2006b).

Teremos, então, tipos distintos de adoecimentos psíquicos de acordo com cada formação de *conflito*: a) um *conflito entre o Eu e o Isso* corresponderá à neurose de transferência; b) um *conflito entre o Eu o Supra-Eu* corresponderá à neurose narcísica e c) um *conflito entre o Eu e o mundo externo* corresponderá à psicose. Para Freud, tanto as neuroses quanto as psicoses estão vinculadas a um conflito entre o Eu e as outras estruturas psíquicas. Mas, agora, o *conflito* é decorrente de uma falha na função do Eu que tem por objetivo conciliar as exigências com as outras estruturas psíquicas. Em ambas as afecções, o que veremos será uma certa perda da realidade em relação ao mundo externo, porém, na neurose, a perda da realidade corresponde tanto à ação quanto à falha do recalque, por um lado, e a uma rebelião do Isso, por outro. "Toda vez que a pulsão recalcada consegue avançar, há uma reação de medo *(angústia)* [*Angst*] e o conflito psíquico resulta somente em um compromisso intermediário incapaz de realmente satisfazer [*Befriedigung*] a pulsão" (Freud, 1924/2007c, p. 129, acréscimos nossos). Em suma, na neurose, ocorre uma tentativa de substituir a perda da realidade por um mundo poluído de fantasias. Isto faz com que o aparelho psíquico, diante de tal condição, retire desse mundo de fantasia o material necessário para as novas configurações do seu desejo, encontrando, por meio da regressão, uma via de acesso a uma época anterior e mais satisfatória da vida humana: a infância.

A etiologia das neuroses em Winnicott

É justamente a esse mundo infantil que Winnicott dedicou sua atenção durante o tempo em que atendeu crianças, adolescentes e adultos, tanto como pediatra quanto na condição de psicanalista.

Ele deixou de lado uma psicanálise considerada mais edipiana em favor de uma teoria que levasse em conta a relação entre a mãe e o bebê. Não é que Winnicott tivesse desconsiderado o conflito edípico, a sexualidade, as pulsões ou a própria metapsicologia, ele apenas deu maior importância para aquilo que observara durante as consultas pediátricas e psicanalíticas, fazendo-o formular uma teoria do adoecimento psíquico diferente da teoria psicanalítica clássica. Com isso, Winnicott se constituiu como um legítimo pensador oriundo da teoria das relações objetais.

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Em sua teoria, a ênfase recai sobre a dinâmica da mãe e do bebê em termos dos vínculos primários vividos pela dupla ao invés do que ocorre primordialmente no aparelho mental. Aliás, o que poderíamos chamar de uma matriz da mente ou de um aparato psíquico, para Winnicott, só se torna possível em termos da relação entre o bebê e seu entorno, por meio do atendimento às suas necessidades físicas e emocionais (Ogden, 1986). No início, conforme sabemos, o bebê depende dos cuidados maternos até se constituir como uma unidade, com um Eu, um *self*, um mundo interno e sua saúde física e psíquica integradas ao meio ambiente humano. Desse modo, Winnicott abre mão de pensar o animal humano a partir unicamente da metapsicologia, passando a dar maior importância ao vínculo vivido pelo bebê e seu ambiente humano. Muito embora existam autores, por um lado, que afirmem a importância do vínculo para a compreensão da psique humana, existem também aqueles que consideram que Winnicott rejeitou os conceitos da metapsicologia freudiana (Brusset, 2005a, 200b; Fulgencio, 2018, 2016, 2013; Loparic, 2011, 1999, 1996). Ainda há um terceiro grupo de autores que não veem em Winnicott uma rejeição à metapsicologia, mas a possibilidade de integrar os aportes metapsicológicos à teoria das relações objetais sem necessidade de que uma exclua a outra, com o que estamos totalmente de acordo (Coelho Jr., 2017, 2013; Coelho Jr. & Barone, 2007; Figueiredo & Coelho Jr., 2018; Figueiredo, 2018b; Gurfinkel, 2017).

Pensar em uma etiologia das neuroses a partir das contribuições teóricas de Winnicott é avançar nas propostas formuladas pelo autor e no seu pensamento psicanalítico. Nesse sentido, a descrição das neuroses a partir das formulações winnicottianas (e de seus comentadores) ganha novo relevo clínico. Não queremos abandonar a etiologia das neuroses segundo a psicanálise clássica freudiana, tornando-a um *tour de force*, opondo-se diametralmente às teorias das relações objetais na forma conferida pelo pediatra e psicanalista inglês, muito pelo contrário. Queremos propor uma nova forma de compreender as neuroses a partir das proposições teóricas de Winnicott, de acordo com a teoria das relações objetais e a teoria do desenvolvimento emocional, conjugando-as com a perspectiva clássica psicanalítica. Conforme já afirmamos, ambas as perspectivas não se excluem, mas se complementam e necessitam ser repensadas, uma vez que, para André Green, a pulsão e o objeto guardam uma relação de mútua constituição, resultando na organização do psiquismo (Green, 1995; 2003). Ainda de acordo com André Green (2008), a ênfase na pulsão ou no objeto acaba por se constituir em um falso problema, na medida em que são indissociáveis – o objeto é revelador da pulsão e a pulsão *investe/constitui* o objeto. Portanto, o autor apresenta uma solução para dissolver essa questão, propondo a *teoria dos gradientes*, ou seja, a teoria

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

pulsional e a teoria das relações objetais, ao mesmo tempo em que se constituem, são independentes uma da outra, mas estão em permanente interconexão. Uma não sobreviveria sem a outra.

De acordo com Gurfinkel (2017) a matriz da teoria das relações objetais encontra-se nas primeiras elaborações teóricas de Karl Abraham e Sándor Ferenczi, mas entre seus representantes estão: Ronald Fairbairn, Michael Balint e Donald W. Winnicott. Com efeito, a teoria das relações objetais designa um modo de relação do indivíduo com o mundo externo, especificamente o entorno do bebê (Balint) ou seu ambiente humano de cuidado (Winnicott). A teoria teve maior relevância no período compreendido entre 1940 e 1960, principalmente na Inglaterra.

Esse modelo de pensamento psicanalítico vai evidenciar as formas de relação com outro ser humano, ao invés de privilegiar os aspectos metapsicológicos do aparelho mental ou a relação do indivíduo com a pulsão, com a libido e com o seu objeto. No lugar de admitir que o ser humano está programado para a busca de prazer e para evitar o desprazer, para os autores da teoria das relações de objeto, a motivação básica de todo ser humano é a busca de objeto. Na teoria psicanalítica clássica freudiana, o que é enfatizado é a teoria das pulsões, na qual o objeto é contingente ou, primariamente, um meio de se obter prazer. Nesse sentido, prima-se pela compreensão do desenvolvimento da criança a partir de fases marcadas pela presença da libido. Nela, as formações psicopatológicas são entendidas a partir do conflito edípico ou entre as pulsões e seus opositores, ou ainda por meio de um conflito vivido dentro do aparelho psíquico. Na teoria das relações de objeto, o que está em questão são as formas através das quais o bebê e seu entorno vão viver uma relação vincular (Greenberg & Mitchell, 1994; Hughes, 1998; Kernberg, 1977).

Em Winnicott, a teoria das relações objetais é caracterizada por dois aspectos do objeto com o qual o bebê manterá relação: a mãe como ambiente e a mãe como objeto. Ambos os aspectos são imprescindíveis para o desenvolvimento psíquico do bebê. A mãe/outro (*M/other*), na sua condição da primeira experiência externa com quem o bebê desenvolverá uma relação, é responsável por promover no bebê um aparelho mental, um psiquismo, um mundo interno em oposição ao mundo externo, um *self* e um inconsciente não verbal (Gomes, 2017).

Uma vez que descrevemos brevemente a teoria das relações de objeto em Winnicott, agora podemos pensar nas proposições que o autor deixou de legado para seus herdeiros teóricos na constituição das neuroses a partir da sua abordagem teórico-clínica.

No livro publicado postumamente, *Natureza humana*, Winnicott (1988/1990) propõe uma nosologia para o adoecimento psíquico no que se refere às neuroses, de acordo com o estado clínico e os esquemas defensivos contra ansiedades, fobias,

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

histerias de conversão, neurose obsessiva, etc., cuja origem surge da vida instintiva entre pessoas totais, ou seja, aqueles indivíduos que já possuem um Eu em oposição a um Não-Eu. As dificuldades oriundas deste tipo de sintomatologia começam a surgir a partir das relações interpessoais características da vida familiar, estando a criança entre os 2 e 5 anos de idade, portanto, integrada do ponto de vista físico e psíquico e sujeita às experiências instintivas baseadas no amor entre as pessoas. No entanto, no capítulo destinado à teoria dos instintos, ele afirma que, para o tratamento da sintomatologia da neurose, é preciso que o analista possa suportar ideias e sentimentos ambivalentes, oriundos do amor e do ódio experimentado na primeira infância, uma fase de dependência absoluta, na qual a mãe-ambiente e a mãe-objeto são imprescindíveis para o desenvolvimento psíquico do bebê.

Nesse sentido, o trabalho a ser feito com estes pacientes será por meio da interpretação, quando o analista demonstra a compreensão pelo uso adequado da linguagem, produzindo uma sensação no paciente de estar sendo seguro como se fosse embalado fisicamente, na época em que havia necessidade de estar no colo, ou, dito em outras palavras, "quando o amor significava adaptação e cuidados físicos" (Winnicott, 1988/1990, p. 80).

Ora, se a experiência ambivalente de lidar com o amor e o ódio vivido dentro do mundo interno da criança produz um sentimento de desproteção suficiente para que o analista – por meio da transferência, da interpretação e dos cuidados oferecidos – tenha que colocá-la *no colo por meio de palavras*, isto significa que as vivências de amor e de ódio não foram suficientemente bem apresentadas ao bebê no seu primeiro ano de vida e integradas na relação materno-infantil. Neste sentido, por meio de pequenas falhas do ambiente, a criança teve dificuldade em ser segura no colo e viver a experiência do amor e do ódio de maneira adequada, uma vez que o amor só pode significar adaptação e cuidados físicos fornecidos pelo ambiente materno.

A criança enfrenta forças poderosíssimas desde o primeiro ano de vida, na tentativa de integrar a impulsividade e a instintualidade do amor cruel primitivo, que prevê, em si mesmo, um certo grau de agressividade dirigida ao objeto, o qual, por sua vez, precisa ter a capacidade de sustentar e não retaliar. São as ansiedades oriundas do conflito vivido entre o amor e o ódio em um mesmo objeto que vão constituir primitivamente o conflito gerador das neuroses.

Para o pediatra e psicanalista inglês, as defesas contra as ansiedades são caracterizadas como:

> a) Inibição do instinto (fonte do amor); b) Abandono do objeto, aceitação do objeto substituto; c) Identificação com o rival, perda da identidade

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.
Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

> pessoal; d) Compromisso homossexual com o rival (passivo); e) Regressão do instinto ao pré-genital (amor mantido, mas ameaça de castração evitada, utilização de pontos de fixação ruins); f) Regressão à dependência (amor mantido, maturação abandonada, utilização de pontos de fixação bons); g) Reconhecimento da culpa, organização da expiação (obsessiva); h) Repressão parcial do amor (ou do ódio) (manutenção da inconsciência, tendo como consequência o desgaste de energia e a perda da capacidade de amar ou odiar) (Winnicott, 1988/1990, p. 82).

Notem que alguns dos pontos apresentados pelo autor podem muito bem ser vividos tanto no primeiro ano de vida quanto na fase *rumo à independência*, momento em que a criança já tem uma unidade psíquica e estabelece relação com pessoas totais. A única diferença é que a falha ambiental pode ser vivida como um conflito ou um colapso em uma das fases do desenvolvimento. Entre os 2 e 5 anos, afirma o autor, o colapso contra as defesas gera novas defesas. Enquanto a ansiedade é vivida por meio de pesadelos ou ataques de ansiedade, as novas defesas estão relacionadas à exploração de manifestações somáticas de ansiedade com ganho secundário e anestesia em vez de repressão, além da perda do clímax corporal, trazendo como consequência a confusão generalizada entre a excitação e a ansiedade. Outra defesa que pode ocorrer refere-se a uma tentativa obsessiva de esconder a confusão entre a ansiedade e a excitação, fazendo com que o retorno daquilo que foi reprimido seja o reaparecimento do amor ou do ódio, sem nenhum reconhecimento consciente disto, mas apenas quando a criança estiver vivenciando relações triangulares (Winnicott, 1988/1990).

Sendo assim, como definir o plano em que opera o conflito vivido na dualidade *amor x ódio* na experiência primitiva do bebê com seu ambiente de cuidado? Para responder a essa questão, precisamos recuar um pouco no desenvolvimento emocional, até o momento em que o bebê está começando a vivenciar seus impulsos instintivos e a sua agressividade, ou seja, à fase do concernimento [*concern*] (ou posição depressiva) e à capacidade de sentir culpa na realidade psíquica interna.

Foi a partir da teoria do desenvolvimento emocional primitivo que Winnicott (1945/1978b) desenvolveu as primeiras ideias sobre a agressividade e a instintualidade que já estavam presentes desde o início da vida uterina, ideias estas oriundas da influência de Melanie Klein no seu pensamento teórico-clínico[6]. Em

[6] O equivalente à posição depressiva de Melanie Klein, em Winnicott, se refere à capacidade de sentir culpa e ao concernimento. Nas edições brasileiras correntes dos textos de Winnicott, este termo aparece como *capacidade de se preocupar*. Concernimento é um anglicismo oriundo da palavra inglesa *concern* e foi popularizado entre os leitores de Winnicott por Elsa Dias (2012).

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

síntese, todo bebê dirige-se ao ambiente de cuidado para que este atenda às suas necessidades. Quando a mãe acolhe as necessidades do bebê, no tempo e no espaço adequados, ela promove uma integração e uma personalização das suas experiências instintivas que são naturalmente corporais – alimentar, segurar nos braços, embalar, limpar, brincar, pôr para dormir etc. – e constituem formas através das quais a mãe consegue demonstrar seu amor pelo bebê. Com os cuidados fornecidos, ela não só integra as necessidades do bebê à sua corporeidade como também corporifica os cuidados ou, dito de outro modo, os cuidados se tornam *carne do corpo*. Quando tudo vai bem, o bebê pode ter uma boa experiência e alojar a psique no próprio corpo (psique-soma), uma vez que ele integra as necessidades somáticas a partir de vivências de estados excitados e estados tranquilos.

No entanto, há momentos em que o ambiente pode não acolher essas necessidades no tempo e na hora em que o bebê precisa, insurgindo em uma falha ambiental, que pode ser mais ou menos contínua. Isso faz emergir no bebê sua capacidade instintiva e uma agressividade ainda sem nenhum componente intencional. Então, antes da integração da personalidade, há um componente agressivo que faz parte da natureza instintiva do bebê e que está presente desde antes do nascimento. Esse componente agressivo é sinônimo de atividade e motilidade, sendo oriundo da instintualidade, e tem função parcial na medida em que o bebê se organiza em contato com o objeto com o qual se relaciona. Quando se excita, o bebê chora, balança pés e braços e não se conforma enquanto as suas necessidades não forem atendidas. São as urgências da vida, as necessidades do Ego ou necessidades somáticas que clamam por serem atendidas. Trata-se, enfim, de um amor excitado, vivido por meio da experiência oral e de ataques sádicos, reais ou imaginários ao corpo da mãe. O erotismo oral acumula junto a si componentes agressivos e, na saúde, é o amor oral que traz dentro de si a base da maior parte da agressividade oral (Winnicott, 1950-55/1978e), que só será sentida por aquele que estiver na função de mãe-ambiente e mãe-objeto, apesar de que, neste momento, é a mãe-objeto (ou o seu equivalente) quem será alvo dos componentes agressivos do bebê.

Conforme nos lembra Dias (2012), os impulsos que levam o bebê à excitação provêm de duas fontes: a instintualidade e a motilidade, constitutivas da continuidade do ser (*going on being*) do bebê. Os instintos fazem parte da sexualidade que será desenvolvida durante o processo maturacional. Como a motilidade está presente desde o início da vida, ela é constitutiva das raízes da agressividade do bebê. Para Winnicott, o instinto é o termo pelo qual forças biológicas vêm e voltam na vida do bebê ou da criança e exigem ação. A excitação do instinto leva a criança a preparar-se para a satisfação. Se a satisfação é encontrada no tempo certo, surge a recompensa do prazer e o alívio temporário do instinto. Por

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

outro lado, quando a satisfação é parcial ou mal sincronizada, ela acarreta alívio incompleto, desconforto e a ausência de um período de descanso muito necessário entre duas ondas de exigência (Winnicott, 1988/1990)[7].

Quando o bebê vive essa experiência, alguns meses de vida já se passaram, ele já teve uma mínima experiência de contato com o mundo externo e já começou a fazer pequenos testes da realidade. É o que Melanie Klein definiu como sendo a posição depressiva e Winnicott denominou de estádio de preocupação ou concernimento. O concernimento (*concern*) vivifica, na experiência subjetiva do bebê, a culpa pelos danos causados à pessoa amada durante a fase de excitação e agressividade. Em que consiste esse teste de realidade? Enquanto a mãe (ou seu equivalente) consegue estar no lugar de mãe-ambiente, acolhendo as necessidades físicas e emocionais do bebê, ele experimenta uma relação com um objeto parcial que, dentro do seu mundo interno, vai se constituindo como um objeto bom, acolhedor, um objeto de amor. Contudo, o bebê não sabe disso: ele não consegue diferenciar a mãe que cuida da mãe que ele usa, pois só pode experimentar, vivenciar na sua experiência subjetiva os acolhimentos fornecidos pelo ambiente humano de cuidado. Quando o bebê tem uma experiência com um objeto total, a mãe, ele precisa cindir em um objeto bom, que o acolhe, e um objeto mal, do qual faz uso e tenta destruir por meio do seu amor cruel. Trata-se de mecanismos introjetivos e projetivos com o qual o bebê terá de lidar logo cedo. Se a mãe objeto é capaz de sustentar, na medida do possível, seus ataques sádicos, o bebê consegue viver a culpa por tentar danificar um objeto que é, ao mesmo tempo, bom e mau. Ele é capaz de "descobrir seu próprio ímpeto de dar, construir e reparar" (Winnicott, 1950-55/1978e, p. 358). Estas forças, que o bebê experimenta dentro de si como más, representam uma ameaça vinda de dentro a si mesmo e a tudo aquilo que foi experimentado como sendo bom, formando a base da sua confiança na vida.

Com efeito, o bebê está experimentando um conflito vivido dentro do seu mundo interno, qual seja, a dupla experiência do amor e do ódio em relação a um ambiente humano com o qual aprendeu a conviver e a amar através dos cuidados que lhes são fornecidos. Se a mãe objeto, nesse momento da experiência, tolera os ataques ao seu corpo, o bebê pode, ao experimentar a culpa, entrar em contato com a sua própria agressividade e promover reparação aos danos causados na mãe-objeto/mãe-ambiente. Esta experiência foi denominada por Winnicott (1955[1954]/1978f) de círculo benigno.

[7] Observem a diferença pela qual Winnicott se refere à palavra instinto, diferentemente da palavra pulsão na psicanálise clássica. O instinto faz parte do corpo biológico do bebê, é de natureza biológica e contribui para a constituição da imagem corporal do bebê por meio da elaboração imaginativa dos elementos e funções corporais.

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.
Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

O círculo benigno corresponde a um relacionamento materno-infantil prejudicado pela experiência instintiva, produzindo um buraco resultante do amor instintual. É uma tentativa de elaboração interna dessa experiência e uma capacidade de oferecer reparação em função do que é vivido como bom e mau dentro do mundo interno do bebê, o que gera, em si mesmo, o seu crescimento.

Ora, é esta experiência de sentir culpa, a única culpa verdadeira, que faz o bebê juntar as duas mães com as quais ele convive: a mãe do amor tranquilo, que acolhe, alimenta e ama, e a mãe do estado excitado, que ele odeia. Só assim ele consegue *descobrir seu próprio ímpeto de dar, construir e reparar*. Essas elaborações tomaram um tempo da vida de Winnicott, o qual veio a desenvolvê-las somente no final da década de 50 e início da década de 60, com as publicações de *A psicanálise do sentimento de culpa* (1958/1983a) e *O desenvolvimento da capacidade de se preocupar (concern)* (1963/1983c).

Estas eram as bases matriciais para a constituição das neuroses dentro da abordagem teórico-clínica de Winnicott. Sem a vivência de estados excitados e tranquilos, assim como sem a vivência da capacidade de experienciar os impulsos agressivos resultantes do amor cruel dirigidos à mãe-ambiente e à mãe-objeto, não seria possível vivenciar esses mesmos impulsos amorosos e destrutivos quando a criança entrasse na dinâmica edípica.

Estamos afirmando, com isso, que na constituição do aparelho psíquico e no entendimento das neuroses, Freud não priorizou os aspectos relacionais materno-infantil descritos por Winnicott, tanto quanto esse deixou de evidenciar o que acontecia dentro do aparelho psíquico em termos de conflito pulsão-defesa. Portanto, em nossa acepção, a experiência de concernimento é que oferece ao bebê a capacidade de separar o que é bom e o que é mal no interior do *self* em crescimento, mas, ao mesmo tempo, isso não é conseguido sem que o bebê, muito primitivamente, tenha que experienciar um conflito entre os desejos amorosos pela mãe-ambiente e os aspectos destrutivos e agressivos pela mãe-objeto.

Conforme diz Winnicott (1988/1990), "o ataque impiedoso ao objeto, deflagrado pelo instinto, cede lugar a um crescente reconhecimento da mãe como a pessoa que cuida do Eu, ao mesmo tempo que é a pessoa que oferece uma parte de si para ser comida" (Winnicott, p. 89). Essa experiência, geradora de culpa, vivifica dentro do mundo interno do bebê e no interior do seu *self* um conflito que ele não tem como recalcar, pois ainda não tem minimamente consciência do conflito vivido, ele apenas sente o conflito dentro do *self* na medida em que há um crescimento do seu mundo interno, do amor cruel impiedoso (*ruthlesness*) até a fase do concernimento (*concern*), da dependência do Eu ao relacionamento do Eu, da pré-ambivalência à ambivalência, da dissociação primária entre os estados

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.
Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

excitados e tranquilos à integração desses aspecto no interior do *self*. Logo, o bebê humano não tem condições de reprimir ou recalcar esses desejos amorosos e destrutivos pela mãe-ambiente/mãe-objeto, uma vez que ele ainda não tem nem um inconsciente, nem um consciente formado, nem um Eu (freudianamente falando), nem um Isso ou Supra-Eu. Tudo o que ele vai viver em termos de conflito será através da sua corporeidade.

Nesse aspecto, a vivência do conflito não poderá sofrer a ação do recalque; ele será guardado como uma memória corporal, uma memória inscrita na própria corporeidade do bebê para posteriormente ser revivido quando este estabelecer relações totais, como nas vivências edípicas e nas relações triangulares. E isto é afirmado pelo próprio pediatra e psicanalista inglês: "o que é mau é retido por algum tempo, para ser usado em expressões de raiva, e o que é bom é retido para servir ao crescimento pessoal, bem como à restituição e à reparação, e para fazer um bem ali onde imaginativamente havia sido feito um mal" (Winnicott, 1988/1990, p. 91).

Considerações finais

Winnicott nunca se notabilizou por ser um autor que discute a metapsicologia ou a clínica das neuroses ao longo de sua obra. Seu principal objetivo não era entender a angústia ou as ansiedades vividas nos relacionamentos com pessoas totais, mas as agonias primitivas, as agonias impensáveis ou a morte fenomênica dentro do mundo interno de muitos pacientes. No entanto, deixou como legado uma série de textos nos quais problematizou a neurose ao seu modo (Winnicott, 1961/1994a, 1965/1994b, 1959-64/1983b, 1956/1978g, 1944/1978b, 1944/1978c, 1931/1978a). Em todos os casos, vemos que, apesar de Winnicott fazer referência a um modo clássico de entender ou tratar a sintomatologia neurótica, em nenhum deles ele era um clínico freudiano *stricto sensu.*

Por outro lado, a preocupação de Freud em estabelecer os alicerces para a neurose a partir da metapsicologia tampouco deixou de considerar a relação materno-infantil ou a presença viva do mundo externo na etiologia da neurose, muito embora ele estivesse preocupado em construir os fundamentos de uma teoria do aparelho psíquico.

Desde os primeiros escritos, o que está em foco é o conflito, como vimos ao longo deste trabalho. Contudo, vejam como Freud vai reconstruindo parte de sua teoria das neuroses a partir do texto de 1912, *Tipos de desencadeamento da neurose*. As expressões usadas por ele se correlacionam ao modo como Winnicott entendia o desenvolvimento emocional, quais sejam: a influência do mundo externo

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

na primeira infância (o ambiente de cuidado); a frustração (as falhas do ambiente); a adaptação à realidade (ilusão de onipotência); a inibição do desenvolvimento (retraimento); a necessidade de satisfação pelo amor por um objeto real do mundo externo (mãe-ambiente/mãe-objeto); o campo do cuidado (*holding* e *handling e a preocupação materna primária*); o campo das satisfações das necessidades (as necessidades egóicas ou corporais); a regressão libidinal às fases do desenvolvimento (regressão à dependência); a realidade atual (apresentação do mundo); as exigências da realidade (apresentação dos objetos); o mundo interno (*self*); a capacidade de realização (apreensão da realidade compartilhada).

Claramente estamos aproximando as expressões de um autor às do outro, mas não é só isso. Podemos ver que ambos estavam de comum acordo quanto ao modo de pensar o adoecimento psíquico, embora tivessem tomado caminhos diferentes.

Não nos esqueçamos, ainda, da seminal nota de rodapé ao texto sobre o princípio do prazer e princípio da realidade, na qual Freud afirma a importância da realidade do mundo externo e de como o cuidado dos pais é determinante na constituição do psiquismo. Segundo Freud, se negligenciássemos a realidade do mundo externo, não haveria psiquismo, e isto só se justifica pelo cuidado que a mãe tem com o bebê nos primeiros anos de vida. É o cuidado que forja o psiquismo da criança, o qual só estará completo quando puder se desligar dos seus pais (Freud, 1911/2004a).

Se o psiquismo inclui os cuidados ambientais, as falhas no cuidado predispõem o indivíduo ao adoecimento psíquico. Quando as falhas são mais graves e constantes, Winnicott diz que o bebê vivencia agonias impensáveis, uma experiência de morte em vida. Quando as falhas do cuidado são vividas com a criança em estado mais avançado do desenvolvimento, com um Eu integrado e a partir de relações triádicas, estamos no domínio das psiconeuroses e do conflito psíquico edipiano. Entretanto, este conflito psíquico – que, em síntese, é um conflito entre ideias incestuosas e parricidas com os genitores da criança – não tem origem unicamente na travessia edípica, quando o pai tem maior influência no desenvolvimento emocional, dizendo *não* à criança, *castrando-a* ou fazendo-a descobrir que a castração, na realidade, já aconteceu, o que conduz a um novo conflito, qual seja, o conflito entre desejar ter um dos genitores e destruir o outro, o conflito de ter um pênis semelhante ao genitor do mesmo sexo para agradar o genitor do sexo oposto ou ainda dar um filho ao genitor do sexo oposto e tomar o lugar do genitor do mesmo sexo. Os conflitos são vividos no mesmo objeto: a mãe (ou quem a represente nesse primeiro momento de cuidado). É ela o alvo tanto do amor quanto do ódio do bebê. Essa primeira vivência conflituosa entre *amar o objeto que cuida* e *odiar e destruir o objeto que usa*, vividos por meio

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

da culpa, é que vai predispor a criança, mais tarde, a entrar em contato com esse primeiro conflito vivido quando não se tinha consciência dos desejos incestuosos e parricidas. A única culpa verdadeira é a responsável por produzir na criança a fusão da mãe do amor tranquilo com a mãe do ódio excitado, fazendo com que a criança descubra a sua capacidade de "dar, construir e reparar" as tentativas de destruição do objeto que, ao mesmo tempo, ama e odeia. Esta é a matriz do conflito no adoecimento psíquico, a qual Winnicott não chegou a desenvolver na sua teoria, mas que estava implícito quando discutia o manejo clínico das neuroses por meio da regressão à dependência. Segundo o pediatra e psicanalista inglês, sabemos que, no caso da neurose, o trabalho é feito por meio da verbalização, mas há sempre um núcleo esquizoide que se esconde dentro do adoecimento psíquico da neurose, o qual, se não for visto e manejado pelo clínico, fará com que a análise se arraste infinitamente, tornando-se tediosa por falta de resultados. O analista deve prestar atenção aos movimentos gesto-posturais e muitas vezes oferecer não o silêncio da angústia, mas o silêncio da ternura materna (Winnicott, 1963/1983d).

Se é verdade que há um elemento esquizoide escondido dentro desse tipo de adoecimento psíquico, é também verdade que as associações livres e a interpretação não podem ser o manejo único dos pacientes neuróticos na clínica contemporânea. Devemos voltar a nossa atenção para o enquadre clínico winnicottiano no manejo de pacientes histéricos, neuróticos obsessivos, fóbicos, etc., possibilitando que a regressão à dependência, em alguns casos, seja uma possibilidade da técnica psicanalítica, conforme as estratégias de cura formuladas por Figueiredo e Coelho Jr (2018) a partir da psicanálise transmatricial, isto é, aliar a perspectiva psicanalítica clássica freudiana (matriz freudo-kleiniana de adoecimentos psíquicos por ativação) ao manejo do enquadre clínico winnicottiano (matriz ferencziana de adoecimentos psíquicos por passivação), utilizando ferramentas clínicas que permitam que o analista possa trabalhar no sentido da cura ou diminuição dos sintomas.

Nesta perspectiva, busca-se a desativação das defesas por meio do manejo das angústias, da confrontação e perlaboração das defesas e resistências – presentes nos processos de adoecimentos psíquicos da neurose – e da retomada do processo de saúde psíquica, com a liberação e potencialização dos trabalhos do sonho, do luto, da criação e do morrer vivo. "Trata-se de resgatar, liberar, potencializar e expandir as capacidades de trabalho psíquico inconsciente e consciente" (Figueiredo, 2018a, p. 99).

Ao retomarmos a perspectiva teórico-clínica winnicottiana, acreditamos que há um amplo campo de investigações psicanalíticas a serem repensadas, reformuladas e reconstruídas, para podermos rever nosso enquadre clínico diante do sujeito neurótico sofredor. ❐

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Abstract

For a new etiology of the neuroses: notes from Donald W. Winnicott's object relations theory

This paper aims to analyze the etiology of the neuroses in Freud and Winnicott. In order to do so, the authors build upon the main considerations on defense mechanisms, repression, sexuality, the oedipal complex, and the psychic conflict in Freudian psychoanalysis. Then they propose a new etiology based on Donald W. Winnicott's object relations theory. The authors do not only consider the conflict experienced in terms of psychic dynamics, but also the conflict experienced in the mother-baby dynamics, particularly in regards to the opposition between love and hate in the development of concern (depressive position). The authors stand for the clinical management of patients with neurotic psychic suffering based on transmatricial psychoanalysis, proposing, along with free association, the use of regression to dependence on primitive phases of environmental failures.

Keywords: Neurosis; Defense mechanisms; Repression; Sexuality; Concern; Freud; Winnicott

Resumen

Para una nueva etiología de las neurosis: notas a partir de la teoría de las relaciones objetivas de Donald W. Winnicott

El presente trabajo tiene por objeto analizar la etiología de las neurosis en Freud y Winnicott. Para ello, parte de las principales consideraciones sobre los mecanismos de defensa, la represión, la sexualidad, el complejo edípico y el conflicto psíquico en el psicoanálisis freudiano, para proponer una nueva etiología a partir de la teoría de las relaciones objetivas en Donald W. Winnicott. Los autores no sólo consideran el conflicto vivido en términos de la dinámica psíquica, sino el conflicto vivido en la dinámica madre-bebé, principalmente a partir de los polos opuestos entre el amor y el odio en la travesía de la concernimiento (posición depresiva). Los autores defienden un manejo clínico de pacientes con sufrimiento psíquico neurótico a partir del psicoanálisis transmatricial, proponiendo junto a la asociación libre, el uso de la regresión a la dependencia a fases primitivas de fallas ambientales.

Palabras clave: Neurose; Mecanismos de defensa; Represión; Sexualidad; Concernimiento; Freud; Winnicott

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Referências

Brusset, B. (2005a). Métapsychologie du lien et "troisième topique"? *Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris*. 66ème Congrès des Psychanalystes de Langue Française. Paris.

Brusset, B. (2005b). *Psychanalyse du lien, les relations d'object*. Paris: Puf.

Coelho Jr., N.E. & Barone, K.C. (2007). A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, *41*, 88-100.

Coelho Jr., N.E. (2013). Limites e possibilidades de diálogo: a teoria pulsional e a teoria das relações de objeto. *Cadernos de Psicanálise do CPRJ*, *35*(29), 89-104.

Coelho Jr., N.E. (2017). A presença de Freud na psicanálise pós-freudiana. In D. Kupermann (Org.). *Por que Freud hoje?* (pp. 103-122). São Paulo: Zagodoni.

Dias, E.O. (2012). *A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial.

Figueiredo, L.C. & Coelho Jr., N.E. (2018). *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher.

Figueiredo, L.C. (2018a). A matriz freudo-kleiniana. In L.C. Figueiredo, & N.E. Coelho Jr., *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise* (pp. 41-115). São Paulo: Blucher.

Figueiredo, L.C. (2018b). *A psicanálise: caminhos no mundo em transformação*. São Paulo: Escuta.

Freud, S. & Breuer, J. (1996a). Estudos sobre a histeria. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago, 1996a. (Trabalho original publicado em 1893-1895)

Freud, S. (1996b). As neuropsicoses de defesa. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 51-72). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894)

Freud, S. (1996c). Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 121-139). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)

Freud, S. (1996d). Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etologia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 75-89), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895[1894])

Freud, S. (1996e). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada "neurose de angústia". In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 91-118). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895[1894])

Freud, S. (1996f). A hereditariedade e a etiologia das neuroses. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 141-157). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)

Freud, S. (1996g). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In *Edição standard*

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 3, pp. 159-185). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)

Freud, S. (1996h). A etiologia da histeria. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 187-217). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)

Freud, S. (1996i). A sexualidade na etiologia das neuroses. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 249-271). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1898)

Freud, S. (1996j). A interpretação dos sonhos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 4 e 5). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)

Freud, S. (1996k). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 117-231). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)

Freud, S. (1996l). Tipos de desencadeamento da neurose. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol.12, pp. 245-255). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)

Freud, S. (2004a). Formulações sobre os Dois Princípios do Acontecer Psíquico. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 1, pp. 63-77). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911)

Freud, S. (2004b). À guisa de introdução ao Narcisismo. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 1, pp. 95-131). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (2004c). Pulsões e destinos da pulsão. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 1, pp. 133-174). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (2004d). O recalque. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 1, pp. 175-193). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (2006a). O inconsciente. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 2, pp. 13-73). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (2006b). Luto e melancolia. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 2, pp. 99-122). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)

Freud, S. (2006c). Além do princípio do prazer. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 2, pp. 123-198). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (2007a). O Eu e o id. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 3, pp. 13-91). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

Freud, S. (2007b). Neurose e psicose. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 3, pp. 93-101). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924)

Freud, S. (2007c). A perda da realidade na neurose e psicose. In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 23 pp. 125-133). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924)

Freud, S. (2007d). A cisão do eu no processo de defesa. In *Escritos sobre a psicologia do*

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.
Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

inconsciente (Vol. 3, pp. 171-179). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1938)

Fulgencio Junior, L.P. (2013). Ampliação winnicottiana da noção freudiana de inconsciente. *Psicologia (USP)*, *24*(1), 143-164.

Fulgencio Junior, L.P. (2016). *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni.

Fulgencio Junior, L.P., Simanke, R., Imbasciati, A. & Girard, M. (Orgs.). (2018). *A bruxa metapsicologia e seus destinos*. São Paulo: Blucher.

Garcia-Roza, L.A. (1997). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Gomes, S. (2017). *A gramática do silêncio em Winnicott*. São Paulo: Zagodoni.

Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago.

Green. (1995). Propédeutique: la métapsychologie revisitée. Paris: Edition du Champ Vallon.

Green. (2003). *André Green e a Fundação Squigle*. São Paulo: Roca.

Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Guimarães Rosa, J. (1956). *Grandes sertões: veredas*. São Paulo: José Olympio.

Gurfinkel, D. (2017). *Relações de objeto*. São Paulo: Zagondoni.

Hughes, J.M. (1998). *Reformulando o território psicanalítico*. Rio de Janeiro: Revinter.

Kernberg, O. (1977). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1986). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Loparic, Z. (1996). Uma psicanálise não edipiana. *Percurso*, *17*(2), 41-47.

Loparic, Z. (1999). É dizível o inconsciente? *Natureza humana*, *1*(2), 323-385.

Loparic, Z. (2011). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. In E.O. Dias, & Z. Loparic, *Winnicott na escola de São Paulo*. São Paulo: DWW Editorial.

Ogden, T.H. (1986). *The matrix of the mind: object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale/NJ: Jason Aronson.

Roudinesco, R., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise.* Rio de Janeiro: Zahar.

Winnicott, D.W. (1978a). Notas sobre normalidade e ansiedade. In *Textos escolhidos: da pediatria à psicanálise* (pp 69-95). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1931)

Winnicott, D.W. (1978b). O desenvolvimento emocional primitivo. In *Textos escolhidos: da pediatria à psicanálise* (pp. 269-285). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945)

Winnicott, D.W. (1978b). Psiconeuroses oculares da infância. In *Textos escolhidos: da pediatria à psicanálise* (pp. 187-195). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1944)

Winnicott, D.W. (1978c). Ansiedade associado à insegurança. In *Textos escolhidos: da pediatria à*

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

psicanálise (pp. 205-210). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1944)

Winnicott, D.W. (1978e). Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In *Textos escolhidos: da pediatria à psicanálise* (pp. 355-374). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1950-55)

Winnicott, D.W. (1978f). A posição depressiva no desenvolvimento emocional primitivo. In *Textos escolhidos: da pediatria à psicanálise* (pp. 437-458). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1955[1954])

Winnicott, D.W. (1978g). Pediatria e neurose infantil. In *Textos escolhidos: da pediatria à psicanálise* (pp. 513-520). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956)

Winnicott, D.W. (1983a). Psicanálise do sentimento de culpa. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 19-30). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1958)

Winnicott, D.W. (1983b). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 114-127). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1959-64)

Winnicott, D.W. (1983c). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 70-78). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963)

Winnicott, D.W. (1983d). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963)

Winnicott, D.W. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Winnicott, D.W. (1994a). Psiconeurose na infância. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott* (pp. 53-58). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1961)

Winnicott, D.W. (1994b). Comentário sobre neurose obsessiva e Frankie. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott* (pp. 124-126). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965)

Recebido em 20/06/2019
Aceito em 25/09/2019

Revisão gramatical de **Gustavo Czekster**
Revisão técnica de **Maria da Graça Motta**

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.
Arquivo gerado para uso exclusivo de

Arquivo gerado para uso exclusivo de . Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Sergio Gomes da Silva
Avenida Pasteur, 184/1003
22290-240 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
sergiogsilva@uol.com.br

Nelson Ernesto Coelho Júnior
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Cidade Universitária
05508-030 – São Paulo – SP – Brasil
ncoelho@usp.com

© Revista de Psicanálise – SPPA

. Fica proibida a distribuição de cópias e divulgação online.

Arquivo gerado para uso exclusivo de