

O uso da interpretação na clínica do amadurecimento*

Elsa Oliveira Dias

588

Pensando a prática clínica, em especial, a interpretação, à luz da teoria do amadurecimento, Winnicott propõe 1) que o uso da interpretação, no sentido tradicional, isto é, referida aos conteúdos reprimidos, fique limitado aos casos em que já há o estabelecimento do eu unitário e de uma realidade psíquica pessoal e 2) uma redescritção da função, do sentido e do uso da interpretação como parte do procedimento terapêutico, assinalando os riscos que lhe são inerentes.

Palavras-chave: Winnicott, interpretação, diagnóstico, psicose

* Este estudo foi inicialmente preparado para uma palestra no 7º Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica da USP, em outubro de 2003, e foi substancialmente alterado para esta publicação.

Introdução

Não apenas na psicanálise, mas na história do pensamento e das culturas, a interpretação destina-se à revelação de um sentido latente ou oculto, seja num texto, numa figuração ou no próprio comportamento humano. Como a psicanálise freudiana é concebida como uma ciência de investigação do inconsciente, e entende o sintoma como manifestação do conflito inconsciente entre o desejo e a censura, nada mais natural e pertinente, portanto, do que o fato de a interpretação estar no centro do trabalho psicanalítico, como o método, por excelência, de trazer à luz “as várias modalidades do conflito defensivo”, tendo em vista, em última análise, “o desejo que se formula em qualquer produção do inconsciente” (Laplanche e Pontalis, 1967, p. 318).

O que se espera do tratamento analítico é que a interpretação feita pelo analista do sentido latente dos conflitos, atualizado na relação transferencial, muitas vezes na forma da resistência, acabe por desmanchar as soluções de compromisso que constituem os distúrbios psíquicos. Embora, naturalmente, a frequência e o conteúdo das interpretações variem de caso para caso, pode-se dizer, como Laplanche e Pontalis o fazem no *Vocabulaire*, que a interpretação caracteriza a própria tarefa analítica, e isso vale para qualquer tipo de distúrbio com que o analista se defronte.

Os pré-requisitos para que se proceda à tarefa interpretativa, no campo da psicanálise, são, portanto, a existência do inconsciente reprimido, dos conflitos inconscientes, do desejo recalcado. Ora, enquanto para Freud essas são formações estruturais, constitutivas do psiquismo humano, independentemente de sua idade, trata-se, para Winnicott, de conquistas do amadurecimento, que não podem ser presumidas no começo da vida – período caracterizado pela extrema imaturidade do bebê e por sua situação de dependência absoluta. É preciso que muitas conquistas fundamentais, no sentido literal de serem os fundamentos, os alicerces da personalidade, sejam realizadas, nos estágios iniciais, para que algo como um inconsciente reprimido, conflitos de caráter instintual e a capacidade de desejar e de tolerar frustrações possam fazer parte da vida psíquica do indivíduo.

Pressupostos teóricos para o uso ou não-uso da interpretação na clínica winnicottiana do amadurecimento

Para explicitar a diferença entre o pensamento de Winnicott e o da psicanálise tradicional, juntamente com as implicações clínicas dessas diferenças, incluída aí a questão do uso da interpretação, penso ser útil recorrer a dois pares de distinção propostos por Winnicott:

1. À luz do processo de amadurecimento, é preciso distinguir entre o que é profundo – referido ao intrapsíquico, quando já há um “dentro”, uma vida interna pessoal, povoada de fantasias inconscientes e conteúdos reprimidos – e o que é primitivo. “Um lactente necessita de um certo grau de amadurecimento para tornar-se gradativamente capaz de ser profundo” (1957, p. 103). O que se passa com um bebê, no início da vida, pertence ao âmbito do primitivo e não do profundo.¹ O termo “primitivo” não significa apenas mais primitivo, no tempo, do que o profundo, conservando as mesmas características deste. Não: quando examinamos o primitivo, não estamos no domínio do intrapsíquico – da realidade psíquica pessoal – que se formará a seu tempo, mas no âmbito do interpessoal; a rigor, nem mesmo do interpessoal, pois, no início, deve-se falar de inter-humano, uma vez que nos estágios de dependência absoluta ainda não há propriamente duas pessoas; o que há é o dois-em-um da unidade mãe/bebê. Nesse período, as experiências do bebê, sobretudo no que se refere ao período de dependência absoluta, são de natureza pré-verbal, pré-representacional e pré-simbólica. Isto não significa nenhum *déficit*, devendo-se apenas à extrema imaturidade do pequeno indivíduo.²

Para preservar a natureza específica do que é primitivo – e isso é essencial tanto na teoria como nas implicações clínicas, no caso, no uso da interpretação –, não se pode descrevê-lo com as mesmas categorias que regem a descrição dos estágios mais adiantados, e que foram originalmente utilizadas, na psicanálise tradicional, para o estudo das neuroses –, ou seja, para as dificuldades daqueles indivíduos que, tendo já alcançado a integração numa identidade, possuem uma

1. Ou seja, talvez se possa dizer que, no início, o bebê ainda é raso, sem “profundidade”, não tem passado, nem depósito; ainda não armazenou e muito menos recalcou experiências.
2. Tudo o que ocorre nesse período é esquecido, embora não perdido; isso, contudo, não implica o inconsciente reprimido, pois ainda não há uma defesa tão sofisticada como uma repressão; o que há é o inconsciente originário, que é a fonte de riqueza pessoal, a referência secreta que jamais permite que o indivíduo seja inteiramente objetificado.

realidade psíquica interna, repleta de fantasias e conflitos. Tampouco se pode cuidar clinicamente das dificuldades e dos distúrbios de caráter “primitivo” com as mesmas técnicas que decorreram do estudo das neuroses, ou seja, supondo que o indivíduo que ali está já tem a maturidade que é requerida para esse tipo de experiência e consciência de si.

Nesse ponto – isto é, na necessidade de descrever e tratar o primitivo com categorias que lhe são próprias – reside uma das críticas de Winnicott tanto a Freud como a Melanie Klein, sobretudo no que diz respeito às respectivas teorias desses autores sobre as psicoses. Ao afirmar, como o fez várias vezes ao longo de sua obra, que uma boa psicanálise nem sempre se faz de boas interpretações, Winnicott está reiterando a posição de que as dificuldades referentes aos períodos primitivos não podem ser nem descritas nem tratadas com os mesmos recursos terapêuticos concebidos para o tratamento desses distúrbios. Tudo isso nos leva à importância atribuída por Winnicott ao *diagnóstico*: sendo essencial a distinção entre primitivo e profundo, também a distinção entre neurose e psicose é crucial para orientar o analista sobre o modo como ele irá conduzir o tratamento.

2. A segunda distinção é entre psique e mente e ela constitui, a meu ver, uma das mais férteis contribuições de Winnicott ao estudo da natureza humana em geral. No indivíduo total, existem o soma e a psique. A psique é tudo o que não é soma. Gradualmente, pela tendência inata à integração, psique e soma tendem a reunir-se numa unidade, de modo a constituir a existência psicossomática. Onde entra aí a mente? A mente é um aspecto da psique; mais precisamente, é um modo de funcionamento do psicossoma, especializado para as funções intelectuais. Seu ponto de origem, na saúde, se localiza na passagem da dependência absoluta para a dependência relativa, quando a mãe inicia a fase de desadaptação. Isso significa que existe todo um período primitivo da vida de um bebê em que ainda não há participação das funções mentais. É a psique que trabalha, elaborando imaginativamente todas as experiências que passam pelo corpo e tudo passa pelo corpo nesse período primitivo, pois o amor materno é traduzido em cuidados físicos: o bebê sente-se bem ou mal sustentado; sente que pesa, ou não, na mãe; sente a aflição, a ansiedade, a tensão ou a calma desta; sente, enfim, no conjunto dos cuidados, se ele cabe, com todas as exigências próprias de ser, no ambiente, se ele pode, ou não, entregar-se aos cuidados e a ser. Tudo é registrado, mas o que corre bem não chega ser notado. Quando tudo corre bem, ele não sabe que sua continuidade de ser está sendo protegida, mas, se as coisas não vão bem, ele reage à falha ambiental e isso interrompe a continuidade de ser. Todas essas experiências, que estão sendo incorporadas como aspectos do si-mesmo, não são passíveis de representação, e não podem, portanto, ser resgatadas mais tarde ao

modo de uma recordação recalcada.³ Quando a mente começa a trabalhar, o bebê já “aprendeu” muita coisa pela repetição das experiências; existe, portanto, um “saber primitivo” que não é mental, mas constituído pela familiaridade com o ambiente. É essencial, para a saúde psíquica do pequeno indivíduo, que as funções mentais não sejam ativadas precocemente, o que chega a acontecer se o bebê sentir necessidade de prevenir invasões ambientais potenciais. Isso também é verdadeiro na clínica. Sobretudo quando um paciente se encontra num momento regressivo, não se deve apelar para o funcionamento mental e é aí que se deve ter cuidado com a interpretação.

A interpretação na clínica winnicottiana do amadurecimento

Não se pode dizer, da clínica winnicottiana, que a interpretação seja a característica central da tarefa analítica. Tanto o papel do analista quanto o uso da interpretação variam segundo a idade emocional do paciente. À luz de sua teoria dos distúrbios psíquicos, Winnicott tece críticas ao uso da interpretação no sentido tradicional e limita o seu uso a pacientes que já se estabeleceram como pessoas unitárias. Mas o principal do que Winnicott faz é a redescritção do sentido da interpretação e do seu uso no tratamento psicanalítico.

Grosso modo, pode-se dizer que a interpretação, no sentido tradicional, continua a ser um recurso, não só apropriado como necessário, para aqueles indivíduos cuja personalidade foi bem estruturada no início da vida. Tendo chegado a uma realidade psíquica pessoal, povoada de fantasias e conflitos inconscientes, além de conteúdos reprimidos que insistem em ressurgir – ou seja, que alcançaram o “profundo” –, esses indivíduos sofrem devido às ansiedades que surgem quando a instintualidade é despertada em meio às relações interpessoais. Isto se aplica sobretudo aos casos de neurose. Aplica-se também às depressões reativas, ou seja, às depressões que não vêm acompanhadas de complicações derivadas de estágios mais primitivos. Nesse tipo de depressão, a tarefa terapêutica não difere muito da análise da neurose, exigindo que o analista *interprete a ambivalência*, ajudando o paciente a integrar, como um aspecto de sua natureza essencial,

3. É nesse período, por exemplo, que se constitui e se enraíza, pela experiência repetida da confiabilidade ambiental, a ilusão de onipotência, que é o fundamento da crença, da capacidade de acreditar em... Se não for enraizada nesse período, a crença jamais terá fundamentos seguros, pois, mais tarde, nem mesmo a constatação ou verificação objetiva de fatos fornece o mesmo tipo de asseguramento, a mesma capacidade de acreditar em...

a destrutividade que é inerente à impulsividade amorosa primitiva. O que difere, na análise das depressões com relação às neuroses, não é tanto o uso ou não da interpretação, mas o fato de que, “na transferência, a dinâmica mais poderosa está no relacionamento a duas pessoas, baseado no que originalmente era o lactente e a mãe” (1963a, p. 200) Ou seja, enquanto o paciente está tentando integrar a destrutividade que faz parte da impulsividade instintual, que recém-começa a lhe pertencer, de nada adianta – ao contrário, antecipa e sobrecarrega – levantar as questões referentes às relações triangulares, pois o indivíduo deverá elaborar essas conquistas, inicialmente, na relação dual. Além disso, a diferença da análise da depressão consiste em que “a parte importante da terapêutica do analista no tratamento da depressão é a sua sobrevivência” (ibid.), sobretudo quando, em virtude do amadurecimento ocorrido em análise, idéias destrutivas começam a dominar o *setting* analítico.

Contudo, mesmo nesses casos, Winnicott dirá que nada de muito útil pode ser feito se não obtivermos *cooperação inconsciente* do paciente. Essa cooperação só acontece se nosso procedimento básico, em geral silencioso, estiver calçado na *confiabilidade*, que é, e deve ser, a principal característica do *setting* analítico. Isso significa que uma pessoa razoavelmente estruturada precisa e deseja ser analisada, desde que algumas coisas, ou princípios fundamentais, lhe sejam providos e sejam mantidos, sem muito custo para o analista. “A psicanálise não se resume a interpretar o inconsciente reprimido; é, antes, o fornecimento de um contexto profissional para a confiança, no qual esse trabalho possa ocorrer” (1970, p. 89).

Além de alguns aspectos básicos, que mal precisam ser mencionados, sobre o que é ser confiável, a confiabilidade do analista e do *setting* terapêutico ganham contornos diferentes segundo o grau de amadurecimento do paciente. O paciente neurótico certamente não necessita, para sentir confiança no analista, do grau estrito de adaptação que é exigido no tratamento das patologias psicóticas, mas a confiança não será conquistada, ou pode ser perdida se, por exemplo, o analista fizer interpretações baseadas mais em suas próprias necessidades – a de ser brilhante, ou esperto, para espantar o sono, ou para defender-se, ou para provar sua teoria – do que pela necessidade efetiva do paciente.

Ao falar do contexto de confiança necessário para obter cooperação inconsciente, Winnicott está pensando não apenas no cuidado concreto que o analista é capaz de oferecer – pontualidade, estar desperto e atento, ser ele mesmo, deixar-se orientar pela necessidade do paciente etc. – mas também na prevenção de alguns riscos pertinentes à tarefa interpretativa. Enumero alguns desses riscos:

- a) o acima mencionado que consiste em o analista fazer interpretações baseado mais em suas próprias necessidades do que na necessidade efetiva do pa-

ciente. É neste ponto que cabe a afirmação de Winnicott (1963b) de que “um objeto bom não é bom, para o bebê, a menos que seja criado por este” (p. 165);

- b) o de o analista antecipar interpretações, sem a paciência necessária de esperar pelo sinal ou indício fornecido pelo paciente, indício que valida a comunicação interpretativa. Essa antecipação não apenas impede que o próprio paciente chegue criativamente ao entendimento necessário, como foi assinalado no item anterior, como também dificulta que ele se aproprie de sua crescente capacidade de comunicar a necessidade, inibindo assim o impulso criativo. Mães muito treinadas em criar filhos assim como analistas experientes são especialmente sujeitos a incorrer nesse erro. Diz o autor que, a não ser quando o paciente está em regressão à dependência, é muito importante que o analista não dê as respostas *exceto se o paciente der indícios*;
- c) o de o analista pôr-se a interpretar “o material”, a “produzir interpretações”, perdendo o contato com o paciente. O risco, aqui, é que ele se torne uma máquina de interpretar e que toda a relação pessoal se perca.⁴ Para Winnicott, assim como já para Ferenczi, uma década antes, a análise é sobretudo uma experiência pessoal de encontro e de comunicação verdadeira, antes de ser uma busca intelectual pelos significados que subjazem às lacunas inconscientes;
- d) o de o analista, empolgado pelo nexos que produziu com o material, ou ansioso por fazer o paciente compreender algo, se ponha a ensinar. A interpretação deve ser o mais possível concisa, dando a direção sem fazer todo o caminho e, sobretudo, evitando explicações:

Minhas interpretações são econômicas, pelo menos assim espero. Uma interpretação por sessão me satisfaz, se está relacionada com o material produzido pela cooperação inconsciente do paciente. Digo uma coisa, ou digo uma coisa em duas ou três partes. Nunca uso frases longas, a menos que esteja muito cansado. Se estou próximo do ponto de exaustão, ponho-me a ensinar. Ademais, na minha opinião, uma interpretação que contém a expressão “além disso” é uma sessão de ensino. (1962b, p. 153)

- 4. No relato que fez de suas duas análises, a inicial com Fairbairn e a segunda com Winnicott, Harry Guntrip afirma que, embora Fairbairn tenha escrito que “a interpretação psicanalítica não é terapêutica nela mesma, mas unicamente na medida em que exprime uma relação pessoal de compreensão autêntica”, ele mesmo tornava-se, durante as sessões, segundo relato de Guntrip, um analista protocolar, intelectual, preciso, que interpretava. No entanto, continua Guntrip (1975), “quando, depois das sessões, discutíamos teoria, ele se soltava; então, ao conversarmos face a face, eu encontrava um Fairbairn humano” (p. 387).

Quando o problema com que nos deparamos em nosso trabalho clínico teve origem nas etapas primitivas da vida, ou seja, quando o paciente é psicótico ou está elaborando um aspecto psicótico de sua personalidade, de resto sadia, e, sobretudo, quando ele regride à dependência, o que ele necessita não é de interpretações, mas de manejo da ambientação clínica, da qual o analista faz parte, uma vez que tudo o que pode ocorrer de importante, no sentido da cura, está acontecendo num nível pré-verbal: a construção da crença na confiabilidade ambiental. Uma interpretação, *na linha tradicional*, é não apenas desnecessária, como prejudicial e desaconselhável, sendo prematura e invasiva, em não poucos sentidos: primeiro, porque ao referir-se, pela interpretação, àquilo que o paciente, em seu amadurecimento, ainda não chegou – conflitos inconscientes, voracidade, ambivalência, ameaça de castração etc. –, o analista não só mostra desconhecer a problemática real do paciente como extrapola a capacidade maturacional deste, repetindo, provavelmente, o trauma original. Relatando o caso da moça que sonhou com a tartaruga de casco mole (cf. 1962a), Winnicott diz que seria perfeitamente correto interpretar a reação da paciente à sua partida para uma viagem na linha do sadismo oral; no entanto, naquele momento, a paciente estava se permitindo ser imatura e o que ela mais necessitava era regredir à dependência. Caso tivesse feito essa interpretação, Winnicott (1962a) teria se antecipado, de muito, à capacidade emocional da paciente e teria atrasado, senão impedido, a regressão à dependência, em vias de ocorrer, de modo que teria sido “um mau analista fazendo uma boa interpretação” (p. 228).⁵

A interpretação no sentido tradicional é desaconselhável, em segundo lugar, porque o paciente, cuja inteligência permanece intacta, é impelido a compreender, a fazer uso das funções mentais, antes de propriamente fazer o que mais necessita: a experiência. O risco nesses casos é grande, uma vez que, como assinala Winnicott (1967), a “interpretação fora do amadurecimento do material é doutrinação e produz submissão” (p. 75).

5. Para facilitar a comunicação com seus pares, Winnicott usa a expressão já consagrada “sadismo oral”, de cunho kleiniano, para referir-se ao impulso amoroso primitivo, que não é sádico no sentido de Klein (como se o bebê estivesse impulsionado, pela constituição pulsional, para a destruição dos conteúdos maternos), mas incompadecido (*ruthless*), devido à imaturidade que não lhe permite saber da existência de algo externo a ele, e muito menos dos resultados, no outro, e até no si-mesmo, de seu impulso excitado.

Redescrição da tarefa interpretativa

Tendo perdido, na proposta winnicottiana, a univocidade de significado, a interpretação serve a muitas funções, conforme a necessidade, mas pode-se dizer que, se o analista não é mais o decifrador dos conteúdos inconscientes, mas aquele cuja presença possibilita uma experiência de contato e de comunicação com outro ser humano, então o sentido geral da prática interpretativa é a comunicação, em nível verbal, com outro ser humano; essa comunicação, verbal, para ser efetiva, está baseada em outra, silenciosa e profunda, a da confiabilidade.

Note-se, ainda, que a interpretação, na linha winnicottiana, não versa, precipuamente, sobre as fantasias ou conflitos inconscientes, mas sobre o viver e o não-viver, sobre sentir-se, ou não, vivo, sobre as experiências ou a incapacidade de fazê-las. Essa distinção – entre os conteúdos do mundo interno e a experiência ou não-experiência – não pode ser meramente abrangida pela polaridade inconsciente/consciência, pois, na nova perspectiva aberta por Winnicott, há que se levar em conta o inconsciente originário e, além disso, as várias dissociações e cisões.

O primeiro objetivo da tarefa interpretativa, explicitado a seguir, é o mais geral e abrangente; todos os outros são desdobramentos e variações desse primeiro. Ao enumerar alguns desses objetivos, não pretendo, de modo algum, esgotar suas inúmeras variações.

1. A interpretação visa, principalmente, fazer com que o paciente saiba em que medida o analista está compreendendo o que está sendo comunicado. “Ao interpretar acredito que o faço principalmente com o intuito de deixar o paciente conhecer os limites de minha compreensão” (1968, p. 171). Num outro texto (1989b), o autor se estende mais sobre o objetivo da interpretação:

Na forma mais simples, o analista devolve ao paciente o que este comunicou. Pode facilmente acontecer de o analista achar isto uma ocupação fútil, uma vez que, se o paciente comunicou algo, que sentido haverá em dizê-lo de volta, exceto, naturalmente, pelo intuito de informar ao paciente que o que ele disse foi ouvido e que o analista está tentando alcançar corretamente o sentido. // Fornecer uma interpretação de volta dá ao paciente a oportunidade de corrigir os mal-entendidos. (p. 164)

Naturalmente, isto só vale para o caso do analista que está disposto a corrigir a sua interpretação. “Há analistas que aceitam tais correções, mas há também aqueles que assumem uma posição inexpugnável, tendendo sempre a pensar em resistência” (ibid.).

2. A interpretação, muitas vezes, faz parte do manejo. Isso pode ser ilustrado por uma passagem da análise de Guntrip, relatada por ele mesmo, em seu artigo

“Minha experiência de análise com Fairbairn e Winnicott”, de 1975. O relato mostra que Guntrip parece ter lutado a vida toda com o fato, e suas consequências, de ter tido uma mãe incapaz de se relacionar, o que só ficou claro no decorrer da análise com Winnicott. Fairbairn havia analisado a questão na linha de más relações objetais edípicas internalizadas. Num certo momento, a conselho de Fairbairn, que estava já muito doente, Guntrip foi procurar Winnicott para análise. Na primeira sessão, Guntrip relatou o trauma primitivo relativo à morte de seu irmão mais novo, cujas circunstâncias haviam sido completamente esquecidas e sobre sua mãe, com quem tivera sempre a impressão de estar lutando o tempo todo para que ela o levasse em conta. Ao final da sessão, Winnicott disse: “Não tenho nada de especial para dizer ainda, mas, se não disser nada, você pode começar a sentir que eu não estou aqui” (Guntrip, 1975, p. 401).

3. Há interpretações que visam comunicar, ao paciente, não apenas a compreensão do analista, mas a disponibilidade deste em dar sustentação à situação de fragilidade em que o paciente se encontra. Nesses casos, a interpretação, que também faz parte do manejo, é não só necessária como essencial e urgente. De novo Guntrip: numa sessão, posterior à citada acima, Guntrip diz ter começado a sentir-se aflito pelo silêncio que reinava e ficou aliviado quando Winnicott (1963c) se mexeu e disse:

Você começou a sentir medo de que eu o tivesse abandonado. Sente o silêncio como um abandono. O lapso não é você esquecendo sua mãe, mas sua mãe esquecendo você, e, agora, você reviveu isso comigo. Você está encontrando um trauma ainda mais primitivo, que talvez você nunca recuperasse sem a ajuda do trauma de Percy, que o repetiu. Você precisa recordar sua mãe abandonando você, na transferência comigo.

É nessa mesma direção que vai a seguinte afirmação do autor, ao falar da função de *holding* do *setting* analítico:

Ver-se-á que o analista está sustentando o paciente e isto toma muitas vezes 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. (p. 216)

4. Através da interpretação, o analista esclarece o paciente sobre seu estado atual, sobre sua posição no amadurecimento; torna mais clara a tarefa que verdadeiramente lhe compete, na idade emocional em que se encontra, desencarregando-o de outras com as quais ele foi impelido a defrontar-se, talvez desde muito cedo. Isso pode envolver comunicar ao paciente que ele está doente e precisa de cuidados. O reconhecimento: “Você ainda não está preparado para isso”, ou “Você é ainda muito inexperiente nesse campo”, ou “Você gostaria de tomar uma decisão a esse respeito, mas, no momento, qualquer decisão é pre-

matura, pois você ainda não se conhece o suficiente” é uma comunicação, pelo analista, de que ele reconhece a idade emocional do paciente – sua força ou fraqueza de ego – e compreende sua situação no mundo, sem se assustar e *sem urgência* de levá-lo adiante, de *curá-lo*.

O assinalamento, pela interpretação, daquilo que ainda não foi constituído, é crucial no caso de pacientes que tiveram seu amadurecimento interrompido e cuja problemática central está numa cisão ou dissociação de tipo falso si-mesmo. Nesses casos, diz Winnicott (1960),

... fazemos mais progresso ao reconhecer a não-existência do paciente do que ao trabalhar longa e continuamente com o paciente na base de mecanismos de defesa do ego. (...) Esse trabalho infrutífero só é encurtado com êxito quando o analista apontar e especificar a ausência de algum aspecto essencial: “Você ainda não tem boca”, “Você ainda não começou a existir”, “Fisicamente você é um homem, mas não sabe, por experiência, nada sobre sua masculinidade”, e assim por diante. Esses reconhecimentos de um fato importante, tornados claros no momento exato, abrem caminho para a comunicação com o si-mesmo verdadeiro. (p. 139)

598

5. Pela interpretação, o analista esclarece o paciente sobre a natureza da necessidade específica que está implícita no que ele traz. No artigo “Retraimento e regressão” (1954), em que descreve alguns episódios marcantes da análise de B,⁶ Winnicott relata um momento em que o paciente está se dando conta de jamais ter aceitado a morte do pai. Nessa semana, o paciente, que era médico, tinha ficado muito perturbado com uma dor de cabeça, temporal e às vezes frontal, mas diferente de qualquer outra que tivera antes, e que estava, por assim dizer, do lado de fora da cabeça. Winnicott (1959) fez a seguinte interpretação: “A dor *fora* da cabeça representa a sua necessidade de que lhe segurem a cabeça, o que naturalmente ocorreria se a criança estivesse muito angustiada” (p. 353). De início, isso não fez sentido para o paciente, mas, em seguida, ficou claro que a pessoa que provavelmente lhe seguraria a cabeça, num momento desses, era seu pai, e não a sua mãe. Isto é, “depois que seu pai morreu, não havia mais quem lhe segurasse a cabeça, caso ele viesse a sofrer intensamente por alguma razão” (ibid.). No final da sessão, o paciente lembrou-se, com surpresa, que havia passado a tarde segurando a cabeça de uma criança; esta tinha sofrido uma cirurgia

6. Trata-se do paciente cujos últimos seis meses de análise são relatados no livro *Holding e interpretação* (1986a).

e ele, como médico, achou que o que a criança precisava era que lhe segurassem a cabeça.

Muitas outras coisas poderiam ser ditas sobre o importante tema da interpretação na clínica winnicottiana. Creio, contudo, que os pontos que acabo de abordar podem dar uma idéia acerca das modificações propostas por Winnicott, para a tarefa psicanalítica, a partir de sua teoria do amadurecimento e, em particular, no que se refere à interpretação. Todas elas, a meu ver, corroboram o acerto de se afirmar que Winnicott lança as bases de um novo paradigma para o pensamento e a prática da psicanálise.

Referências

GUNTRIP, H. Minha experiência de análise com Fairbairn e Winnicott. *Natureza humana*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 383-411, 1975.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France, 1967.

WINNICOTT, D. W. (1954). Retraimento e regressão. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1958). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1949). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1957). Sobre a contribuição da observação direta da criança para a psicanálise. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. (1959). Estudo de casos de crianças mentalmente doentes. In: *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

_____. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. (1962a). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. (1962b). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. (1963a). Os doentes mentais na prática clínica. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. (1963b). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. (1963c). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. (1965a). *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

_____. (1965b). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. (1965c). Um caso de psiquiatria infantil que ilustra a reação retardada à perda. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. (1967). O brincar: uma exposição teórica. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1968). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. (1970). A cura. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1986a). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____. (1986b). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1989a). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. (1989b). A interpretação na psicanálise. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Resumos

(El uso de la interpretación en la clínica de la maduración)

Pensando la práctica clínica y en especial la interpretación a la luz de la teoría de la maduración, Winnicott propone: 1. que el uso de la interpretación en el sentido tradicional, esto es, referida a los contenidos reprimidos, quede limitado a los casos en los que ya existe el establecimiento del yo como unidad y de una realidad psíquica personal; y 2. una redescrición de la función, del significado y del uso de la interpretación como parte del procedimiento terapéutico, señalando los riesgos que le son inherentes.

Palabras clave: Winnicott, interpretación, diagnóstico, psicosis

(L'utilisation de l'interprétation dans la clinique de la maturation)

Pensant la pratique clinique et, en particulier, l'interprétation à la lumière de la théorie de la maturation, Winnicott propose 1. que l'utilisation de l'interprétation, dans son sens traditionnel, c'est-à-dire, se référant aux contenus refoulés, se limite aux cas où un moi unitaire et une réalité psychique personnelle sont déjà présents et 2. que la fonction, le sens et l'utilisation de l'interprétation soient redécrits comme une part du processus thérapeutique, en montrant les risques qui lui sont inhérents.

Mots clés: Winnicott, interprétation, diagnostic, psychose

(The use of interpretation in maturational clinical work)

Examining clinical practice and interpretation, especially in the light of the theory of maturation, Winnicott posits that: 1. the use of interpretation, in its traditional meaning, that is to say, as related to repressed contents, should be limited to individuals who already have a self and a personal psychic reality and 2. the role, use and meaning of interpretation should be redescribed as part of the therapeutic procedure, with awareness of its inherent risks.

Keys words: Winnicott, interpretation, diagnosis, psychosis

Versão inicial recebida em novembro de 2007
Versão aprovada para publicação em outubro de 2008

601

ELSA OLIVEIRA DIAS

Psicanalista, doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo –PUC-SP (São Paulo, SP, Brasil), diretora de Ensino e Formação do Centro Winnicott de São Paulo (São Paulo, SP, Brasil), autora de vários artigos sobre a psicanálise de D. W. Winnicott, sobre filosofia e psicanálise em geral, e autora do livro *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* (Rio de Janeiro: Imago, 2003).

Rua João Ramalho, 145/112

05008-000 São Paulo, SP, Brasil

Fone:(11) 3672-2831

e-mail: elsadiaz@uol.com.br