

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Programa de Estudos Stricto-Sensu em Psicologia Clínica

Projeto de Pesquisa de Pós-Doutorado e Plano de Trabalho
Linha de Pesquisa: Contextos Histórico e Cultural da Psicologia Clínica
Núcleo: O Método Psicanalítico e as Formações da Cultura

Título: A análise modificada de pessoas com esquizofrenia: descrição e problematização de um método de tratamento à luz de Winnicott

Candidato: Prof. Dr. Ricardo Telles de Deus
Supervisor: Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto

São Paulo
2016

Introdução

Enquanto método de tratamento, Freud (2011 [1923]) não pensava a psicanálise como uma panaceia ou terapêutica capaz de ‘realizar milagres’ (p. 296). Pelo contrário, preocupava-o delinear, com a maior precisão possível, qual seria o alcance e o limite das possibilidades terapêuticas do tratamento psicanalítico. No que se refere ao seu alcance terapêutico, relativo às diferentes psicopatologias, Freud definiu a psicanálise como ‘um método de tratamento de distúrbios neuróticos’ (Op. cit., p. 274), isto é, uma clínica apropriada para o enfrentamento das histerias e neuroses obsessivas (por ele denominadas ‘neuroses de transferência’) (1). Cabe acrescentar que esta delimitação do campo de ação terapêutica da psicanálise foi realizada, essencialmente, com base em um critério clínico fundamental. Vejamos, a seguir, qual foi esse critério.

Freud (2010 [1914]) observou que as pessoas que padeciam destas enfermidades apresentavam uma característica peculiar: tendiam a transferir para o interior dos relacionamentos afetivos, de modo compulsivo e sem se dar conta do que estava ocorrendo, aspectos significativos de suas psiconeuroses. Constatou também que este processo, no limite, conduzia a uma situação em que *todas as facetas mais importantes da enfermidade haviam migrado para o interior do vínculo afetivo estabelecido pelo neurótico*. Para o autor, se poderia dizer que o enfermo, em tal circunstância extrema, teria substituído ‘sua neurose ordinária por uma neurose de transferência’ (Op. cit., p. 206). Quando um fenômeno deste tipo ocorria durante a análise e, mais exatamente, no âmbito da relação estabelecida pelo paciente com o psicanalista, Freud considerava que algo decisivo havia ocorrido em termos terapêuticos. Sua experiência clínica lhe havia revelado que a ‘neurose ordinária’ *não* era vulnerável à análise, mas, tão somente, a ‘neurose de transferência’, ‘enfermidade artificial... em toda parte acessível à nossa interferência’ (Idem) e da qual o enfermo poderia ‘ser curado pelo trabalho terapêutico’ (Idem). Vê-se aqui, com clareza cristalina, a enorme importância que o fenômeno da transferência adquiriu no contexto da clínica psicanalítica freudiana. Sendo assim, o processo psicanalítico bem-sucedido incluiria, *necessariamente*, o estabelecimento e a resolução da neurose de transferência (2).

O analista, pensava Freud, no contexto clínico em que a neurose de transferência gradualmente se estabelece, seria tomado pelo paciente como objeto de investimento libidinal, especialmente no que se refere à libido ligada aos conteúdos psíquicos mantidos, sob repressão, no inconsciente do enfermo. A ideia implícita, aqui, era a de

que haveria no psiquismo do neurótico um montante significativo de libido objetal, suficiente para a formação da indispensável ‘enfermidade artificial’ na relação com o analista.

Muito diferente é a situação do psicótico o qual, desde a perspectiva freudiana, seria totalmente incapaz de desenvolver fenômenos transferenciais, ao menos, de modo suficiente para viabilizar o desdobramento de uma análise. Ocorre que o investimento libidinal, em tal psiquismo, estaria predominantemente situado na instância psíquica do Eu, o que resultaria numa quantidade de libido objetal disponível insuficiente para a formação da transferência analítica. Na melhor das hipóteses, como no caso das paranoias, o enfermo conseguiria engendrar apenas transferências negativas, isto é, transferências que veiculam sentimentos hostis. Seja como for, Freud assinala que ambas as situações tornariam a pessoa inalisável. Em linhas gerais, foi justamente esta a posição que o autor sustentou ao longo de toda a sua obra: *o psicótico é inalisável*.

O que mais se aproximaria de uma ‘cura’ nas psicoses, segundo o autor, consiste nas tentativas de cura empreendidas pelos próprios enfermos. Freud (1911) propõe que tanto nas paranoias como nas esquizofrenias ocorre, no momento mais agudo do processo patogênico, a retirada maciça do investimento libidinal das pessoas e coisas que habitam o mundo externo. O autor sublinha (1924) que este processo de desligamento afeta, não apenas, as ‘percepções atuais que sempre podem se renovar’ (p. 179), mas o ‘acervo mnemônico de percepções anteriores, que, como ‘mundo interior’, constituem patrimônio e elemento do Eu’ (Idem). Ou seja, o processo psicótico conduziria o enfermo a uma situação psíquica de precariedade radical: por um lado, ele não dispõe mais de um mundo no qual viver; por outro, na medida em que este ‘mundo interior’ seria também *elemento do Eu*, pode-se dizer que tal destruição do mundo implica numa espécie de desmantelamento do Eu. Neste contexto, Freud entende que as tentativas de cura empreendidas pelos próprios enfermos, por meio da gênese de delírios e/ou alucinações, consistem em esforços de reconstrução e restauração do mundo e do Eu. Por fim, cabe ainda sublinhar um aspecto significativo desta concepção freudiana: de acordo com autor (1911), os paranoicos teriam geralmente mais êxito do que os esquizofrênicos nestes esforços terapêuticos, o que tornaria o prognóstico dos primeiros, de fato, menos sombrio e mais promissor do que o dos últimos.

Entretanto, há nos trabalhos de Freud passagens pontuais em que ele não descarta, definitivamente, a possibilidade de que os psicóticos pudessem vir a ser

analisados no futuro. A análise destes enfermos só seria possível, sustenta o autor nestes trechos, se os analistas conseguissem *efetuar modificações apropriadas no método de tratamento psicanalítico*. Tal proposta é claramente expressa, por exemplo, no artigo intitulado ‘Sobre psicoterapia’ (1905 [1904]): ‘As psicoses, os estados de confusão e de pesar profundo (diria: tóxico), são, pois, inapropriados para a psicanálise, *ao menos tal como hoje a praticamos. Não descarto totalmente que uma modificação apropriada do procedimento nos permita superar esta contraindicação e abordar, assim, uma psicoterapia das psicoses*’ (p. 253, os itálicos são meus). Mais de três décadas depois de ter redigido estas linhas, Freud reafirma a mesma posição de 1904 no ‘Compêndio de Psicanálise’ (1940). Após escrever que não se poderia esperar que o ‘Eu’ do psicótico, durante uma análise, pudesse se revelar um ‘valioso aliado’ do analista e do tratamento, ele declara: ‘Com isso, descobrimos que temos de renunciar ao experimento de aplicar nosso plano de cura ao psicótico. Renunciar para sempre ou *talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado outro plano que lhe seja mais adequado*’ (p. 89, os itálicos são meus).

A história da psicanálise revelou, contudo, que o tratamento de psicóticos exigiria dos analistas, não raras vezes, bem mais do que a mera reformulação do método de tratamento psicanalítico, como previra Freud. Dentre os analistas que se envolveram com a análise destes pacientes, de modo profundo e prolongado, houve aqueles cujas experiências clínicas os levaram a efetuar modificações no método (maiores ou menores), e, para além do registro puramente técnico, *no plano da própria concepção acerca da etiologia e do dinamismo que caracteriza as diferentes psicoses*. Sobretudo, tais experiências exigiram desses analistas a *criação de novas teorias sobre as etapas mais precoces que compõe o processo de constituição da psique, nas quais está em jogo o gradual desenvolvimento dos alicerces do psiquismo*.

Visando ilustrar este impacto significativo da experiência clínica com psicóticos sobre alguns psicanalistas, tanto no plano de suas práticas como no de suas concepções teóricas, farei, aqui, uma breve referência à abordagem kleiniana. Acrescento que à luz dos objetivos peculiares que norteiam este projeto de pesquisa, enfatizarei, de agora em diante, os problemas que gravitam ao redor da *análise de pacientes adultos com esquizofrenia*.

Hinshelwood (1992) nos conta que Klein, juntamente com alguns de seus colaboradores (dentre os quais Rosenfeld, Segal e Bion), se consagrou, durante a década de 40, ao estudo da experiência obtida durante a análise de pacientes adultos com

esquizofrenia. O ‘avanço em teoria provindo do trabalho [clínico] com esquizofrênicos [adultos]’, escreve Hinshelwood, ‘*teve um efeito profundo sobre todo o corpo da teoria e da prática kleinianas*’ (Op. cit., p. 444, os itálicos são meus). No plano da técnica psicanalítica, tais experiências clínicas estiveram ligadas ao reconhecimento da existência de fenômenos transferenciais peculiares, bem como à proposta de que os analistas, em seu trabalho prático com estes pacientes, se limitassem ao uso de interpretações da transferência. Ao mesmo tempo, o estudo destas análises resultou, também, num novo modo de se conceber a gênese e o dinamismo nas esquizofrenias. Segundo este modelo teórico, a etiologia destas psicopatologias está relacionada a fixações na posição esquizo-paranóide, que, em termos cronológicos, caracteriza o funcionamento psíquico do bebê humano, aproximadamente, durante os primeiros três meses de vida. No âmbito desta posição, o dinamismo psíquico é marcado por turbulentas relações primitivas que o ego arcaico estabelece com seus objetos, sendo as ansiedades predominantes as de tipo persecutório, e os mecanismos de defesa básicos a cisão e a identificação projetiva (Klein, 1946).

Vários outros analistas, que não trabalhavam clinicamente a partir de uma perspectiva kleiniana, empreenderam longos tratamentos de pacientes adultos com esquizofrenia e, com base no estudo minucioso e aprofundado destas experiências, publicaram importantes contribuições sobre o tema. Não é possível nem necessário reconstruir aqui, mesmo que apenas de modo panorâmico, os principais aspectos que pertencem a este capítulo da história da psicanálise. Limitar-me-ei, de passagem, a mencionar os notáveis trabalhos de Sechehaye (1947), Searles (1965) e Milner (1969).

Tendo ao fundo estas considerações, passo agora a apresentar alguns aspectos do modo como Winnicott pensava o problema em questão, autor cujas contribuições teóricas servirão de referência fundamental na pesquisa que aqui está sendo configurada.

Primeiramente cabe assinalar que, segundo o próprio psicanalista inglês (1945d) (3), ele começou a conduzir a análise de pacientes psicóticos adultos durante a Segunda Guerra Mundial. A julgar por algumas de suas declarações, contidas em um texto tardio escrito em 1967, a experiência clínica de Winnicott neste campo específico parece ter se dado, sobretudo, com casos de tipo *borderline* e de esquizoidia (1968c [1967], p. 193). Portanto, parece lícito supor que tal experiência não estaria relacionada, ao menos de modo predominante, ao tratamento psicanalítico de ‘pessoas francamente psicóticas’ (*frankly psychotic persons*) (1965vd [1963], p. 231), dentre as quais se encontrariam

aquelas que padeciam do que poderíamos denominar ‘esquizofrenia manifesta’ (em oposição à ‘esquizofrenia latente’ [*latent schizophrenia*]) (1965n [1962], p. 59), ‘esquizofrenia propriamente dita’, ou, simplesmente, ‘esquizofrenia’. Em contraste com isto, Winnicott afirma ter tido uma ‘vasta experiência’ com casos de esquizofrenia infantil ou autismo (*childhood schizophrenia or autism*) (1968c [1967], p. 197). Resumindo: proponho que Winnicott (diferentemente de Searles, por exemplo) *não* foi um analista que se consagrou, de modo sistemático e prolongado, à análise de pacientes adultos que padeciam de esquizofrenia propriamente dita.

Ao mesmo tempo, é preciso levar em conta, também, a maneira como Winnicott situa as esquizofrenias no interior de sua classificação geral dos distúrbios psíquicos. Grosso modo, pode-se dizer que esta classificação (1955d [1954], p. 279) inclui três grandes agrupamentos psicopatológicos, a saber: as neuroses, as depressões patológicas (não psicóticas) e as psicoses. Além destes distúrbios, a psicopatologia winnicottiana abarca a tendência antissocial (1958c [1956]) e as afecções psicossomáticas (1966d [1964]) que, de diferentes modos, podem se mesclar e coexistir clinicamente com qualquer um dos distúrbios mencionados anteriormente. No que se refere ao peculiar campo das psicoses, concordo com Dias (1998) quando ela assinala que, em linhas gerais, Winnicott o subdividiu em duas partes: de um lado, estão as esquizofrenias; de outro, as depressões psicóticas (ou, eu diria, as ‘psicoses depressivas’, visando enfatizar o aspecto psicótico central destes adoecimentos). Dentre os diferentes tipos de distúrbios esquizofrênicos, o autor distingue a esquizofrenia infantil ou autismo, a esquizofrenia latente, a defesa falso-self (*false self-defence*) (psicopatologia que muito se aproxima, se é que não coincide, com aquilo que Winnicott, em um artigo posterior (1969i [1968]), denominou ‘caso *borderline*’) e a personalidade esquizoide (*schizoid personality*) (1965n [1962], p. 58-59). As depressões psicóticas, por sua vez, também se configuram clinicamente de modos variados; dentre outras ‘impurezas do humor depressivo’, Winnicott põe em relevo a depressão esquizoide (*schizoid depression*), os delírios de perseguição (*delusions of persecution*) e a oscilação maníaco-depressiva (*manic-depressive swing*) (1964e [1963], p. 77-78).

No que diz respeito à etiologia das psicoses, Winnicott a relaciona à ocorrência de padrões de falhas ambientais nos estágios mais primitivos que compõe o processo de desenvolvimento emocional, sobretudo, aqueles que tiveram lugar na etapa em que a dependência do bebê, para com os cuidados ambientais, é quase absoluta (1988, parte

IV). De acordo com o autor (1968c [1967]) tais padrões de falhas ambientais, no caso específico das esquizofrenias, resultam num bloqueio tão precoce do amadurecimento que o indivíduo não consegue se desenvolver como uma ‘pessoa inteira’ (*whole person*) (4), e tampouco logra alcançar, de modo consistente e estável, a integração espaço-temporal em um Eu unitário (conquista que caracteriza o estágio do EU SOU) (1984h [1968]). Para o psicanalista inglês (1988, p. 80) estas pessoas, a rigor, ainda não *começaram* a viver e a experimentar as dificuldades que são inerentes à vida humana, ainda não desenvolveram as capacidades para se sentirem vivas, existentes e reais. Neste modo winnicottiano de pensar a etiologia das esquizofrenias, cabe destacar, também, não apenas a importância atribuída à invasão (*impingement*) precoce provinda do meio ambiente, mas à reação do indivíduo a ela. Este é, justamente, um dos sentidos que o autor atribui ao termo ‘trauma’, trauma que ele insere no centro de sua teoria sobre a gênese destes distúrbios. A invasão ambiental resulta na ruptura da linha contínua da existência do indivíduo e, logo após este desastre (*disaster*), novas defesas são rapidamente organizadas pela pessoa. Winnicott considera que esta organização precoce de defesas equivale, de fato, a distorções que afetam o desenvolvimento dos alicerces do psiquismo do indivíduo, a ‘estrutura [básica] da [sua] personalidade’ (*personality structure*) (1989d [1965], p. 145).

Para o autor, as psicoses podem ser definidas, de modo geral (e, portanto, também as esquizofrenias), como organizações defensivas contra agonias primitivas e impensáveis (1974, p. 90), organizações erguidas e mantidas com o propósito de tornar o indivíduo invulnerável em relação a tais agonias que, segundo Winnicott, estão na raiz de todas as doenças esquizoides (1968c [1967], p. 198). Diferentemente de defesas como a repressão, a projeção e a identificação, participam das organizações esquizofrênicas defesas menos sofisticadas e mais primitivas, dentre as quais podemos incluir, por exemplo, a cisão (*split-off*) entre o verdadeiro e o falso *self* (1965m [1960], p. 150), o retraimento (*withdrawal*) (1955e [1954]) e o congelamento da situação de falha ambiental (*freezing of the failure situation*) original (1955d [1954], p. 281). Ao mesmo tempo, em contraste com as ansiedades de castração, o autor distingue nas esquizofrenias a presença de diferentes tipos de agonias primitivas e impensáveis; dentre elas, temos o pavor de ‘um retorno a um estado não-integrado’ (*a return to an unintegrated state*), de ‘cair para sempre’ (*falling for ever*) e de ‘perda da capacidade de relacionar-se com objetos’ (*loss of capacity to relate to objects*) (1974, p. 89-90).

Quanto à estratégia terapêutica apropriada para o enfrentamento clínico dos distúrbios psicóticos, Winnicott desaconselhava o emprego da ‘análise padrão’ (*standard analysis*) (1965d [1962], p. 166) ou ‘análise comum’ (*ordinary analysis*) (1956a [1955], p. 297). Em seu trabalho analítico com pacientes psicóticos ele se deu conta de que havia, no plano da transferência analítica, uma decorrência crucial das falhas que o enfermo manifestava em termos do desenvolvimento dos alicerces de sua psique. A saber: no centro da transferência analítica Winnicott observou a presença clínica do que ele denominou ‘necessidades de ego’ (ou ‘necessidades egóicas’) (*ego needs*) (1965m [1960], p. 141-142) (5). O autor descobriu que o analista, em tais circunstâncias especiais, deve procurar adaptar-se ativa e sensivelmente às necessidades de ego do paciente, sobretudo, aquelas ligadas aos *processos de regressão à dependência quase absoluta* que, de fato, alguns pacientes *precisam* experimentar no interior da transferência analítica (1955d [1954]) durante o tratamento. Assim sendo, norteado por esta ideia de adaptação, Winnicott propõe que o *setting* psicanalítico da análise padrão seja modificado, basicamente, por meio de intervenções de manejo (*management*) (6). Um dos aspectos decisivos desta modificação adaptativa do *setting* consiste, precisamente, na não utilização deliberada de interpretações psicanalíticas, no sentido freudiano clássico do termo (7). À luz desta perspectiva, a interpretação não é nestas análises, como assinala Naffah Neto (2007, p. 85), a ‘ferramenta psicanalítica-mor’; tal ‘ferramenta’ é o manejo. Em resumo: para o psicanalista inglês, o método de tratamento apropriado às pessoas que padecem de psicose é a ‘análise modificada’ (*modified analysis*) (1965d [1962], p. 168).

Esta ‘regressão’ à qual Winnicott se refere (1955d [1954], p. 283; 1965h [1959], p. 127-128) não é pensada por ele no âmbito do processo de desenvolvimento dos instintos, mas, isto sim, no interior de sua teoria acerca do processo de desenvolvimento emocional do indivíduo (8). Trata-se da regressão a um estágio muito primitivo do desenvolvimento, em que o indivíduo depende de modo quase absoluto dos cuidados ambientais. Além disto, cabe assinalar que a regressão à dependência é concebida pelo autor como parte de uma tentativa de cura empreendida pela própria pessoa, que ao regredir busca, em última instância, alcançar as experiências que caracterizariam um ‘início suficientemente bom’. Dito de outro modo, pode-se afirmar que a pessoa que regride busca, por meio desta ‘inversão’ (*reversal*) de seu ‘progresso’ (*progress*) (1955d [1954], p. 281), curar-se da ‘privação’ (*privation*) (1963c, p. 226) (9) a que foi

submetida no início de sua biografia, bem como das graves consequências para o amadurecimento que ela trouxe consigo. Na psique do paciente psicótico capaz de regredir, Winnicott enfatiza a existência de dois aspectos decisivos: ao lado das falhas ambientais originais congeladas, a viva esperança (*hope*) (ou crença [*belief*]) (Op. cit., p. 281) de que estas falhas, no futuro, possam vir a ser descongeladas, no âmbito de uma nova provisão ambiental suficientemente boa. A este descongelamento (*unfreezing*), gradualmente efetuado durante o processo regressivo, seguido pela experiência de raiva (*anger*) relativa às falhas ambientais precoces, sentida e expressa pela pessoa nas sessões analíticas (Op. cit., 287), está ligada a possibilidade de uma retomada efetiva do desenvolvimento. Por fim, é preciso notar que a regressão à dependência, nesta perspectiva winnicottiana, só acontece como resposta clínica à presença de uma nova provisão ambiental favorável que, em virtude de sua confiabilidade (*reliability*) (Op. cit., p. 286), leva o indivíduo a arriscar a travessia dos penosos processos regressivos. Quando algo assim se dá durante uma análise, a nova provisão ambiental consiste, essencialmente, no próprio *setting* psicanalítico (modificado).

O modelo teórico relativo à análise modificada de pacientes adultos esquizofrênicos que, durante o tratamento, experimentam na transferência analítica episódios de profunda regressão à dependência, foi ilustrado clinicamente por Winnicott através do relato de variados casos (10). Em sua maior parte, estas ilustrações clínicas compartilham entre si algumas características marcantes: consistem em narrativas relativamente breves de momentos pontuais de análises, conduzidas pelo próprio autor, de pessoas que padeciam de distúrbios de tipo *borderline* ou esquizóide. O caso clínico apresentado pelo psicanalista em seu livro intitulado ' *Holding e interpretação: fragmento de uma análise*' (1986a), apesar de sua condição de 'fragmento' de análise, como informa o subtítulo, é, em decorrência de sua extensão e detalhamento, a única exceção ao que acabei de assinalar. Por outro lado, há na literatura psicanalítica, também, os belos e instigantes relatos que Guntrip (2006) e Little (1990) publicaram de suas análises com Winnicott. Entretanto, não há, a meu ver, relato clínico mais eloquente e instrutivo de análise modificada, conduzida pelo analista, do que o redigido por Little, não apenas devido à sua extensão e detalhamento, mas, sobretudo, à maior amplitude das modificações efetuadas sobre o *setting* durante a análise.

Tendo em mente tudo o que foi dito, e, em especial, o fato de que as análises de Guntrip e de Little com Winnicott, a meu ver, trouxeram consigo resultados terapêuticos verdadeiramente significativos, vemos emergir diante de nós diferentes questões teórico-clínicas. Dentre elas, há uma que tem me desafiado com particular veemência: *como seria utilizar este modelo winnicottiano de análise modificada em casos de adultos que padecem de esquizofrenia propriamente dita? O que poderíamos observar, em tais circunstâncias, em termos da amplitude das modificações do setting psicanalítico, da profundidade dos processos de regressão à dependência e dos resultados terapêuticos?* É justamente este problema, ao qual Winnicott não se dedicou de modo consistente, que está no centro deste projeto de pesquisa.

Minha experiência clínica com pacientes adultos com esquizofrenia manifesta teve início há dezenove anos, quando trabalhei como ‘acompanhante terapêutico’ e, algum tempo depois, também como clínico em uma ‘residência terapêutica’. Mais adiante, após ter avançado suficientemente em minha formação como psicanalista, decidi consagrar-me à tarefa exclusiva de conduzir análises em meu consultório e, neste contexto, dentre outros tipos de caso, assumi o tratamento de pessoas que sofriam de esquizofrenia propriamente dita. Uma destas pessoas foi Vivian (11), paciente que me foi encaminhada por um hospital-dia após a sua alta institucional.

Logo nas primeiras entrevistas ela comunicou, de modo velado e indireto, mas com uma expressividade plástica que não deixava margem para qualquer dúvida, que havia passado por vivências de aniquilamento, catástrofe. Pondo os olhos sobre um bonsai que, na ocasião, eu cultivava na sala de atendimento, dirigiu-me a pergunta: ‘se cortassem todas as folhas e galhos desta arvorezinha, *todos eles*, ela sobreviveria?’ Ciente de que Vivian estava se referindo a si mesma, talvez sem muita consciência da real profundidade de sua pergunta, e sabendo ainda tão pouco sobre ela e sua história, lhe respondi: ‘não sei se ela sobreviveria, mas se puder cuidar da arvorezinha vou averiguar isto’. Tempos depois, à medida que a análise foi se desdobrando, senti nascer em mim a convicção de que a ‘arvorezinha’ havia sobrevivido, apesar de tudo o que havia acontecido, bem como de tudo aquilo que, apesar de necessário e crucial, não havia acontecido. Compartilhei com ela esta descoberta em diversas ocasiões do tratamento, e de diferentes modos.

Esta análise, que atualmente se encontra em seu nono ano, desdobrou-se em longos períodos nos quais, no interior da transferência analítica, ocorreram profundas e turbulentas regressões à dependência. Em paralelo a isto, ao procurar me adaptar às necessidades egóicas de Vivian, algo paradoxal ocorreu no plano da técnica psicanalítica: por um lado, em ocasiões específicas, servi-me de intervenções de manejo muito diferentes do trabalho interpretativo proposto classicamente por Freud (isto é: à luz desta concepção freudiana, alguns destes manejos soam como intervenções ‘não-analíticas’ ou, até mesmo, ‘anti-analíticas’); por outro, houve momentos em que alguns aspectos do *setting* psicanalítico clássico se revelaram como de fundamental importância: por exemplo, a frequência quase diária das sessões (seis vezes por semana).

Vejam, agora, quais *objetivos* nortearão a pesquisa que pretendo realizar, bem como seus *métodos*, *procedimento*, *justificativa* e *plano de trabalho* (que inclui o *cronograma* e os *produtos previstos*).

Objetivos

Meu propósito será explicitar como o *setting* psicanalítico foi modificado, durante a referida análise, visando fornecer à paciente as experiências por ela necessitadas no âmbito de processos de regressão à dependência quase absoluta na transferência analítica, assinalando os resultados clínicos observados. Além disto, levando em conta o fato de que o modelo teórico winnicottiano relativo à análise modificada de pacientes psicóticos adultos que, em uma ou mais fases de seus tratamentos, precisam regredir à dependência quase absoluta no âmbito da transferência analítica, foi gradualmente elaborado em uma situação bastante específica (isto é: no interior do universo cultural e social inglês das décadas de 1940, 1950 e 1960, sobretudo, com base na experiência clínica de Winnicott com casos de tipo *borderline* e de *esquizoidia*), me proponho a problematizar dois aspectos: 1) algumas das dificuldades que encontrei ao utilizar tal modelo, no decorrer do tratamento de Vivian (que, como já assinalei anteriormente, padece de esquizofrenia), no contexto cultural e social brasileiro-paulista durante as duas primeiras décadas do século XXI; 2) as aproximações e distanciamentos existentes entre minhas observações obtidas durante a análise da paciente e as propostas formuladas pelo autor.

Métodos e procedimento

Uma vez que a pesquisa aqui delineada será subdividida em duas partes, em termos de sua estrutura interna, apresentando a primeira parte um caráter teórico e a segunda parte uma natureza clínica, utilizarei diferentes metodologias visando adaptar-me às tarefas específicas que compõe cada uma destas partes.

Na primeira parte, com o propósito de reconstruir o modelo teórico winnicottiano relativo à análise modificada de pacientes adultos que, do ponto de vista do diagnóstico psicanalítico, padecem de diferentes tipos de distúrbios psicóticos, e que, durante seus tratamentos, precisam atravessar uma ou mais fases de regressão à dependência quase absoluta, no âmbito da transferência analítica, realizarei um estudo minucioso e aprofundado de uma série de textos nos quais Winnicott abordou o referido problema de modo significativo. No intuito de visualizar mais claramente o gradual desenvolvimento das ideias do autor sobre o tema, examinarei os textos na ordem em que eles foram redigidos (cf. os trabalhos do psicanalista elencados na ‘Bibliografia’ deste projeto).

Na segunda parte, servir-me-ei do método que, desde Freud, consiste no modo privilegiado e fundamental de produção de conhecimento em psicanálise: o *estudo de caso* (Magtaz & Berlinck, 2012; Naffah Neto, 2006; Naffah Neto & Cintra, 2012). A matéria prima para a construção do caso será as anotações detalhadas que, desde o início do tratamento, realizei logo após as sessões analíticas. Tais anotações, que atualmente abarcam centenas de páginas digitadas, não incluem a totalidade das sessões, mas são suficientemente pormenorizadas e amplas para possibilitar a reconstrução completa de sessões cruciais, permitindo também distinguir as diferentes fases do tratamento.

O caso clínico será organizado em três partes, a saber: ‘História de Vivian’; ‘O início da análise’ e ‘Episódios clínicos’. Em ‘História de Vivian’, me proponho a reconstruir alguns aspectos significativos que compõe a biografia da paciente, enfatizando os elementos decisivos pertencentes à sua ‘primeiríssima infância’. ‘O início da análise’, por sua vez, consistirá na apresentação detalhada dos seis primeiros meses do tratamento, período em que os processos regressivos começaram a surgir na transferência analítica, o que exigiu, em paralelo, a constituição gradual de um *setting* psicanalítico peculiar. Por fim, em ‘Episódios Clínicos’ vou selecionar para estudo

algumas sessões nas quais, a meu ver, ocorreram episódios de regressão à dependência quase absoluta na transferência analítica.

Parece-me proveitoso examinar tais episódios à luz de alguns *marcadores teórico-clínicos*. Creio que, com base num pequeno número destes marcadores, será possível visualizar melhor no material tanto os processos regressivos, quanto às intervenções analíticas das quais me servi em cada situação, assinalando, também, algo dos resultados clínicos observados. Os marcadores são os seguintes: as agonias primitivas e impensáveis e as defesas a elas associadas; as necessidades egóicas veiculadas na transferência analítica; minhas respostas psíquicas à interação com a paciente, o que inclui as intervenções analíticas realizadas; os resultados clínicos destas intervenções.

Finalmente, cabe destacar que durante a construção do caso, mantendo um referencial teórico basicamente winnicottiano, tenho a intenção de dialogar com outros autores (Freud, Ferenczi, Little, Searles, dentre outros) visando enriquecer a elaboração do material clínico.

Justificativa

O levantamento bibliográfico preliminar que realizei sugere que, *até o presente momento, tanto no âmbito nacional quanto no internacional da literatura psicanalítica, não parece haver qualquer trabalho consagrado especificamente ao problema que está no centro deste projeto de pesquisa*. Ao empreender esta revisão da literatura observei que, de fato, os poucos trabalhos que abordam o tratamento psicanalítico de pacientes adultos com psicose, desde a perspectiva winnicottiana, se mantêm essencialmente dentro dos limites explorados pelo próprio Winnicott ao longo de sua obra, isto é, enfatizam os casos de tipo *borderline* e de esquizoidia, deixando de lado o problema do tratamento psicanalítico de pacientes adultos com esquizofrenia propriamente dita (12). Assim sendo, tendo em vista a ausência de investigações psicanalíticas que tenham se debruçado sobre a referida problemática, não me parece difícil pôr em relevo a importância teórico-clínica da pesquisa aqui configurada.

Por outro lado, cabe explicitar aqui, igualmente, os motivos pelos quais pretendo realizar o Estágio de Pós-Doutorado no âmbito do Programa de Estudos Pós-Graduados

em Psicologia Clínica da PUC-SP, da linha de pesquisa ‘Contextos Histórico e Cultural da Psicologia Clínica’, bem como, do Núcleo ‘Método Psicanalítico e Formações da Cultura’. Primeiramente, minha escolha se deve ao fato de que tal contexto, a meu ver, consiste num espaço de excelência nacional, em termos da produção de pesquisa teórica e clínica em psicanálise e da formação de pesquisadores nesta área. Em segundo lugar, minha opção leva em conta que a pesquisa aqui concebida, devido à suas características peculiares (isto é: um estudo sobre a utilização do método de tratamento psicanalítico, tal como Winnicott o concebeu, no caso de uma paciente adulta com esquizofrenia) se insere perfeitamente nas propostas dos referidos Programa, Linha de Pesquisa e Núcleo e, mais ainda, no escopo do projeto de pesquisa do Prof. Dr. Alfredo Naffah Neto (13), sugerido como Supervisor do Estágio de Pós-Doutorado.

Plano de Trabalho

A pesquisa será realizada de dezembro de 2016 a dezembro de 2017, de acordo com o seguinte *cronograma*:

Dezembro de 2016 e primeiro semestre de 2017: submissão do projeto de pesquisa à apreciação do ‘Comitê de Ética em Pesquisa’ da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP, Campus Monte Alegre); inserção do projeto de pesquisa no sistema ‘Plataforma Brasil’; redação da Parte Clínica da pesquisa, a qual, conforme mencionei no item *método e procedimento*, será estruturada em três partes (‘História de Vivian’; ‘O início da análise’ e ‘Episódios clínicos’); redação de aspectos específicos da Parte Teórica da pesquisa; apresentação de um resultado parcial da Parte Clínica da pesquisa, no âmbito de uma mesa redonda, no *XXII Colóquio Winnicott Internacional*, consagrado ao tema ‘Transferência e Contratransferência’, que acontecerá em São Paulo entre os dias 5 e 6 de maio de 2017; envio deste trabalho apresentado no Colóquio, para a revista *Natureza Humana*, visando a sua publicação; apresentação de resultados parciais da Parte Teórica da pesquisa em um Seminário Teórico, intitulado *Winnicott e a clínica psicanalítica em instituições*, no âmbito do ‘Centro de Estudos Psicanalíticos’ (CEP), que vou ministrar entre os dias 27 de abril e 29 de junho de 2017; apresentação de resultados parciais da pesquisa, da Parte Teórica e da Parte Clínica, no Grupo de Estudos conduzido por mim.

Segundo semestre de 2017: redação da Parte Teórica e das Considerações Finais da pesquisa; apresentação de resultados parciais da pesquisa, tanto da Parte Clínica como da Parte Teórica, em um ou mais eventos científicos; apresentação de resultados parciais da pesquisa, da Parte Clínica e da Parte Teórica, no Grupo de Estudos por mim conduzido; encaminhamento do Relatório de Atividades Anual da pesquisa ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica.

Se houver a necessidade de ampliar o prazo previsto neste cronograma, em decorrência do próprio desenvolvimento da pesquisa, solicitarei uma prorrogação do mesmo, possibilidade assinalada tanto no regulamento sobre o Estágio de Pós-Doutorado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, quanto no Edital do Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD) da CAPES.

No que se refere aos *produtos previstos* da pesquisa aqui delineada, direi que seu produto principal consistirá na publicação unificada dos resultados na forma de um livro. Além disto, como escrevi no cronograma (relativo a dezembro de 2016 e primeiro semestre de 2017), um resultado parcial da Parte Clínica da pesquisa será enviado para a revista *Natureza Humana*, tendo em vista a sua publicação. Ao mesmo tempo, conforme foi indicado no cronograma, em paralelo ao material escrito a ser publicado, a pesquisa trará consigo, igualmente, outro tipo de ‘produto’, a saber: o compartilhamento de seus resultados parciais com psicanalistas e pesquisadores, bem como com outros profissionais da área da Saúde Mental, no contexto de eventos científicos, do Seminário Teórico no CEP e do grupo de estudo que coordeno.

Notas:

(1) Laplanche e Pontalis (1995, p. 308) assinalam que este é o sentido nosográfico da expressão ‘neurose de transferência’: uma categoria de neurose que abarca a ‘histeria de angústia’, a ‘histeria de conversão’ e a ‘neurose obsessiva’.

(2) De acordo com Laplanche e Pontalis (1995) este é o sentido que a expressão ‘neurose de transferência’ adquire, em Freud, na teoria do tratamento psicanalítico: ‘neurose artificial em que tendem a organizar-se as manifestações de transferência. Constitui-se em torno da relação com o analista; é uma nova edição da neurose clínica [‘neurose ordinária’]. Sua elucidação leva à descoberta da neurose infantil’ (p. 309).

(3) A obra de Winnicott será citada neste projeto, bem como na pesquisa à qual ele se refere, a partir da ‘Lista completa das publicações de D. W. Winnicott’ elaborada por Hjulmand (2007). Nesta lista, consta o ano em que o trabalho do autor foi publicado pela primeira vez e, quando o ano de redação do texto não coincide com o de sua primeira publicação, ele é indicado entre colchetes. Sempre que necessário, uma ou mais letras são acrescentadas ao ano de publicação, visando especificar a ordem em que o trabalho veio a público naquele ano.

(4) O sentido que Winnicott atribui à expressão ‘pessoa inteira’ (*whole person*) pode ser explicitado, por exemplo, com base na leitura de dois artigos redigidos no ano de 1954 e publicados no ano seguinte. Em ‘Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no *setting* psicanalítico’ (1955d [1954]), o autor não afirma que os pacientes que estariam às voltas em suas análises, principalmente, com as tarefas e conquistas relativas ao estágio do *concern* (ou ‘posição depressiva’, conforme a denominação kleiniana), seriam capazes de operar como ‘pessoas inteiras’ (*whole persons*). No caso destes pacientes, pensa Winnicott, a ‘inteireza’ (*wholeness*) da personalidade ainda não estaria estabelecida de modo consistente e estável. Apenas os pacientes que em suas análises estariam às voltas, sobretudo, com os aspectos que caracterizam o estágio do complexo de Édipo poderiam ser descritos, a rigor, como ‘pacientes que operam como pessoas inteiras e cujas dificuldades estão no reino dos relacionamentos interpessoais’ (1955d [1954], p. 279). De modo semelhante, em ‘A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal’ (1955c [1954]), escreve o autor: ‘Para alcançar a posição depressiva [estágio do *concern*] um bebê precisa ter se estabelecido como uma pessoa inteira (*whole person*), e estar relacionado com pessoas inteiras (*whole persons*) como uma pessoa inteira (*whole person*)’ (p. 264). Portanto, Winnicott parece considerar como

‘pessoa inteira’ o indivíduo que já alcançou, em termos do seu processo de maturação pessoal, a integração em um EU unitário (status de unidade espaço-temporal, conquista peculiar ao estágio do ‘EU SOU’) (1984h [1968]), bem como que já realizou, de modo significativo, todas as conquistas relacionadas ao estágio do *concern* (isto é, as capacidades para: ambivalência, sentir culpa e ansiedade hipocondríaca, fazer reparações, se compadecer em relação à outra pessoa, etc.). Além disso, propõe o autor, o indivíduo que opera em termos de ‘pessoa inteira’ está às voltas com a administração de sua vida instintiva e das ansiedades a ela relacionadas, no contexto das relações interpessoais (‘relacionamentos a três corpos’) (1958g [1957]) que caracterizam o complexo de Édipo.

(5) As variadas ‘necessidades egóicas’, irredutíveis às necessidades fisiológicas orgânicas e às exigências de satisfação relacionadas aos impulsos instintivos (1965m [1960], p. 141-142), consistem em necessidades psíquicas primitivas que pertencem aos primórdios da constituição do psiquismo. Participa do processo de integração (no tempo), por exemplo, a necessidade egóica que o bebê tem de ser cuidado pelo ambiente de modo suficientemente contínuo, cuidado que possibilita ao indivíduo começar a experimentar a continuidade de si mesmo. Para uma apresentação mais aprofundada e ampla da questão das *ego needs* no pensamento de Winnicott, cf. Lejarraga (2015).

(6) Winnicott utiliza a palavra *management* – que neste projeto e na pesquisa à qual ele se refere, vou traduzir por ‘manejo’ – dentre outros sentidos, para se referir a um tipo específico de intervenção psicanalítica, diferente da interpretação. De acordo com Khan (1958a), o manejo consiste, no interior da obra de Winnicott, na ‘provisão daquela adaptação ambiental, na situação clínica e fora dela, que o paciente não teve em seu processo de desenvolvimento, e sem a qual tudo o que ele pode fazer é existir através da exploração reativa de mecanismos de defesa, bem como de seu potencial do id’ (Op. cit., p. xxvi-xxvii). Portanto, à luz desta leitura que Khan realiza do trabalho de Winnicott, é através do manejo que o *setting* psicanalítico pode ser estabelecido e mantido ao longo do tempo, bem como modificado, por parte do analista, visando adaptar o *setting* da análise padrão às necessidades (*needs*) de seu paciente singular. Além disto, ainda com base no comentário de Khan, é possível dizer que o manejo abarca, igualmente, tudo aquilo ‘que pode ser provido apenas pelo ambiente familiar e social; aqui a gama (*range*) vai da hospitalização ao cuidado pela família e amigos’ (Op. cit., p. xxvi). Por fim, no que se refere ao *setting*, Winnicott (1956a [1955]) o define

como a ‘soma de todos os detalhes do manejo’ (p. 297). Para um exame mais detalhado da questão do manejo na obra do autor, cf. Dias (2014b).

(7) No âmbito da técnica psicanalítica freudiana, a interpretação consiste, em linhas gerais, no tipo privilegiado e central de intervenção em que o analista comunica ao paciente, de modo verbal, o(s) sentido(s) latente(s) que subjaz às palavras e comportamentos deste. É por meio da interpretação, portanto, que o analista ajuda o paciente a ter acesso consciente aos conteúdos psíquicos (sobretudo os desejos) que, sob a ação da repressão, estariam situados em seu inconsciente, bem como, aos diferentes conflitos defensivos inconscientes (Laplanche e Pontalis, 1995, p. 245-248).

(8) O autor foi profundamente interessado no desenvolvimento emocional dos seres humanos e, de maneira sistemática e incansável, pesquisou o assunto por cerca de quarenta anos. A teoria por ele construída sobre o processo de maturação pessoal, de fato, veio a ocupar um lugar decisivo e central em sua obra, estando subjacente, como fundamento, às suas formulações sobre psicopatologias, clínica psicanalítica e experiência cultural. De acordo com Winnicott (1965r [1963]), o ser humano não pode se desenvolver psiquicamente sem o auxílio facilitador do meio ambiente que o envolve e do qual ele *sempre* depende, de diferentes maneiras e em graus variados. Tal desenvolvimento, propõe o autor, pode ser concebido como uma ‘jornada’ (*journey*) que, na saúde, se desdobra da ‘dependência absoluta’ (*absolute dependence*) a estágios nos quais o indivíduo avança ‘rumo à independência’ (*towards independence*). Para um exame minucioso do assunto, cf. Dias (2014a).

(9) Winnicott considera que a ‘privação’, que ele situa na etiologia das psicoses, está relacionada ao fato de que o indivíduo, durante os estágios mais primitivos de seu amadurecimento, *jamais* pode se beneficiar da provisão ambiental suficientemente boa de que necessitava.

(10) Cf., por exemplo, os artigos: 1954a [1949], p. 248-252; 1955d [1954]; 1963a [1962]; 1965vd [1963], p. 235-238; 1989m [1964].

(11) No intuito de preservar o anonimato da paciente, uso aqui um nome fictício. Além disto, acrescento que, movido pelo mesmo propósito, serão omitidos do material clínico, neste projeto e na pesquisa à qual ele se refere, todos os aspectos que poderiam resultar

em qualquer ruptura deste anonimato da paciente, bem como de todas as pessoas e instituições que fazem parte de sua biografia.

(12) Cf., por exemplo, os trabalhos de Dias (2011), Mello Filho (2003), Naffah Neto (2007; 2010) e Vilete (2013).

(13) A saber: ‘Psicopatologia e técnica na clínica psicanalítica winnicottiana: caracterização e desenvolvimento teórico-clínico’ (cf. o currículo lattes do pesquisador: <http://lattes.cnpq.br/0942564852862089>).

Bibliografia:

Dias, E. O. (1998) *A teoria winnicottiana das psicoses*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

Dias, E. O. (2011). Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. In *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW Editorial, p. 15-49.

Dias, E. O. (2014a) *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial.

Dias, E. O. (2014b) *Interpretação e manejo na clínica winnicottiana*. São Paulo: DWW Editorial.

Freud, S. (2008). Sobre psicoterapia (1905 [1904]). In *Sigmund Freud. Obras completas: Fragmento de análise de um caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras, 1901-1905*. Buenos Aires: Amorrortu, p. 243-257.

Freud, S. (2010) Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia [*dementia paranoides*] relatado em autobiografia ['O caso Schreber', 1911]. In *Sigmund Freud. Obras Completas. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia ('O caso Schreber'), Artigos sobre técnica e outros textos [1911-1913], vol. 10*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 13-107.

Freud, S. (2010). Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In *Sigmund Freud. Obras Completas. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ('O caso Schreber'), Artigos sobre técnica e outros textos [1911-1913], vol. 10*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 193-209.

Freud, S. (2011) Neurose e psicose (1924). In *Sigmund Freud. Obras Completas. O Eu e o Id, 'Autobiografia' e outros textos [1923-1925], vol. 16*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 176-183.

Freud, S. (2014) Compêndio de psicanálise (1940). In *Obras incompletas de Sigmund Freud. Compêndio de psicanálise e outros escritos inacabados*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, p. 8-195.

Guntrip, H. (2006). Minha experiência de análise com Fairbairn e Winnicott. Quão completo é o resultado atingido por uma terapia psicanalítica? *Natureza Humana* 8(2): 383-411, jul.-dez.

Hinshelwood, R. D. (1992) *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Hjulmand, K. (2007) Bibliografia winnicottiana. *Natureza humana*, 9 (número 1, especial), p. 17-188.

Khan, M. M. R. (1992) Introduction. In D. W. Winnicott. *Through paediatrics to psycho-analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. XI-L.

Klein, M. (1991) Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (1946). In M. Klein *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (volume III das obras completas de Melanie Klein). Rio de Janeiro: Imago Editora, p. 17-43.

Laplanche, J. & Pontalis, J. -B. (1995) *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Lejarraga, A. L. (2015) Reflexões sobre a noção winnicottiana de necessidades egóicas. In *Sexualidade infantil e intimidade: diálogos winnicottianos*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 57-72.

Little, M. I. (1990) *Psychotic anxieties and containment: a personal record of an analysis with Winnicott*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson INC.

Magtaz, A. C. & Berlinck, M. T. (2012) O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 71-81, março.

Mello Filho, J. de. (2003) Comunicação e silêncio. O problema dos pacientes esquizóides. In *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 175-195.

Milner, M. (1969) *The hands of the living god: an account of a psycho-analytic treatment*. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.

Naffah Neto (2006) A. A pesquisa psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, v. 39, n. 70, São Paulo, jun.

Naffah Neto (2007) A. A problemática do falso *self* em pacientes de tipo *borderline*: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Volume 41, n. 4, 77-88.

Naffah Neto, (2010) A. Falso *self* e patologia *borderline* no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. *Natureza Humana*, vol. 12, n. 2, São Paulo.

Naffah Neto, A. & Cintra, E. M. de U. (2012) A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. *Alter: revista de estudos psicanalíticos*, v. 30 (1), 33-50.

Searles, H. F. (1965) *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. New York: International Universities Press.

Sechehaye, M. -A. (1958) *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica: exposición de un nuevo método psicoterapéutico*. México: Fondo de Cultura Económica.

Vilete, E. (2013) Regressão no processo analítico: a visão de Winnicott. In *Sobre a arte da psicanálise*. São Paulo: Ideias & Letras, p. 28-39.

Winnicott, D. W. (1988) Classification: is there a psycho-analytic contribution to psychiatric classification? In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison &

Connecticut: International Universities Press, INC., p. 124-139 (K. Hjulmand: 1965h [1959]).

Winnicott, D. W. (1988) Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 179-192 (k. Hjulmand: 1965j [1963]).

Winnicott, D. W. (1988) Counter-transference. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 158-165 (K. Hjulmand: 1960a [1959]).

Winnicott, D. W. (1988) Dependence in infant-care, in child-care, and in the psycho-analytic setting. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 249-259 (K. Hjulmand: 1963a [1962]).

Winnicott, D. W. (1988) Ego distortion in terms of true and false self. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 140-152 (K. Hjulmand: 1965m [1960]).

Winnicott, D. W. (1988) Ego integration in child development. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 56-63 (K. Hjulmand: 1965n [1962]).

Winnicott, D. W. (1988) From dependence towards independence in the development of the individual. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 83-92 (K. Hjulmand: 1965r [1963]).

Winnicott, D. W. (1988) *Human Nature*. New York & London: Routledge.

Winnicott, D. W. (1988) Psychiatric disorder in terms of infantile maturational processes. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 230-241 (K. Hjulmand: 1965vd [1963]).

Winnicott, D. W. (1988) The aims of psycho-analytical treatment. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 166-170 (K. Hjulmand: 1965d [1962]).

Winnicott, D. W. (1988) The capacity to be alone. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 29-36 (K. Hjulmand: 1958g [1957]).

Winnicott, D. W. (1988) The mentally ill in your caseload. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of*

emotional development. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 217-229 (K. Hjulmand: 1963c).

Winnicott, D. W. (1988) The theory of the parent-infant relationship. In D. W. Winnicott *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Madison & Connecticut: International Universities Press, INC., p. 37-55 (K. Hjulmand: 1960c).

Winnicott, D. W. (1989) *Holding and Interpretation: fragment of an analysis*. New York: Grove Press. (K. Hjulmand: 1986a).

Winnicott, D. W. (1990) Cure. In D. W. Winnicott *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst*. New York & London: W. W. Norton & Company, p. 112-120 (K. Hjulmand: 1986f [1970]).

Winnicott, D. W. (1990) Living creatively. In D. W. Winnicott *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst*. New York & London: W. W. Norton & Company, p. 39-54 (Hjulmand: 1986h [1970]).

Winnicott, D. W. (1990) *Sum, I Am*. In D. W. Winnicott *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst*. New York & London: W. W. Norton & Company, p. 55-64 (K. Hjulmand: 1984h [1968]).

Winnicott, D. W. (1990) The concept of a healthy individual. In D. W. Winnicott *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst*. New York & London: W. W. Norton & Company, p. 21-38 (K. Hjulmand: 1971f [1967]).

Winnicott, D. W. (1990) The concept of the false self. In D. W. Winnicott *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst*. New York & London: W. W. Norton & Company, p. 65-70 (K. Hjulmand: 1986e [1964]).

Winnicott, D. W. (1990) The value of depression. In D. W. Winnicott *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst*. New York & London: W. W. Norton & Company, p. 71-79 (K. Hjulmand: 1964e [1963]).

Winnicott, D. W. (1990) Varieties of psychotherapy. In D. W. Winnicott *Home is where we start from: essays by a psychoanalyst*. New York & London: W. W. Norton & Company, p. 101-111 (K. Hjulmand: 1984i [1961]).

Winnicott, D. W. (1992) Additional note on psycho-somatic disorder. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 115-118 (K. Hjulmand: 1989vm [1969]).

Winnicott, D. W. (1992) Birth memories, birth trauma, and anxiety. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 174-193 (K. Hjulmand: 1958f [1949]).

Winnicott, D. W. (1992) C. G. Jung. Review of *Memories, Dreams, Reflections*. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 482-492 (K. Hjulmand: 1964h).

Winnicott, D. W. (1992) Clinical illustration of 'The use of an object'. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 235-238 (K. Hjulmand: 1989vt [1968]).

Winnicott, D. W. (1992) Clinical varieties of transference. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 295-299 (K. Hjulmand: 1956a [1955]).

Winnicott, D. W. (1992) Comments on my paper 'The use of an object'. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 238-240 (K. Hjulmand: 1989vu [1968]).

Winnicott, D. W. (1992) D.W.W.'s dream related to reviewing Jung. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 228-230 (K. Hjulmand: 1989vv [1963]).

Winnicott, D. W. (1992) Fear of breakdown. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 87-95 (K. Hjulmand: 1974). (De acordo com os Editores, artigo possivelmente redigido em 1963).

Winnicott, D. W. (1992) Further remarks on the theory of the parent-infant relationship. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 73-75 (K. Hjulmand: 1962c [1961]).

Winnicott, D. W. (1992) Hallucination and dehallucination. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 39-42 (K. Hjulmand: 1989k [1957]).

Winnicott, D. W. (1992) Hate in the countertransference. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 194-203 (K. Hjulmand: 1949f [1947]).

Winnicott, D. W. (1992) Individuation. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 284-288 (K. Hjulmand: 1989n [1970]).

Winnicott, D. W. (1992) Interpretation in psycho-analysis. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992, p. 207-212 (K. Hjulmand: 1989o [1968]).

Winnicott, D. W. (1992) Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 278-294 (K. Hjulmand: 1955d [1954]).

Winnicott, D. W. (1992) Mind and its relation to the psyche-soma. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 243-254 (K. Hjulmand: 1954a [1949]).

Winnicott, D. W. (1992). Notes made on the train, part 2. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992, p. 231-233 (K. Hjulmand: 1984d [1965]).

Winnicott, D. W. (1992) Paediatrics and childhood neurosis. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 316-321 (K. Hjulmand: 1958m [1956]).

Winnicott, D. W. (1992) Paediatrics and psychiatry. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 157-173 (K. Hjulmand: 1948b).

Winnicott, D. W. (1992) Postscript: D.W.W. on D.W.W. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 569-582 (K. Hjulmand: 1989f [1967]).

Winnicott, D. W. (1992) Primary maternal preoccupation. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 300-305 (Hjulmand: 1958n [1956]).

Winnicott, D. W. (1992) Primitive emotional development. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 145-156 (K. Hjulmand: 1945d).

Winnicott, D. W. (1992) Psycho-Neurosis in childhood. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 64-72 (K. Hjulmand: 1989vl [1961]).

Winnicott, D. W. (1992) Psychoses and child care. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 219-228 (K. Hjulmand: 1953a [1952]).

Winnicott, D. W. (1992) Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 103-114 k. (K. Hjulmand: 1966d [1964]).

Winnicott, D. W. (1992) The antisocial tendency. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 306-315 (K. Hjulmand: 1958c [1956]).

Winnicott, D. W. (1992) The concept of clinical regression compared with that of defence organisation. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 193-199 (K. Hjulmand: 1968c [1967]).

Winnicott, D. W. (1992) The concept of trauma in relation to the development of the individual within the family. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 130-148 (K. Hjulmand: 1989d [1965]).

Winnicott, D. W. (1992) The depressive position in normal emotional development. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 262-277 (K. Hjulmand: 1955c [1954]).

Winnicott, D. W. (1992) The importance of the setting in meeting regression in psycho-analysis. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 96-102 (K. Hjulmand: 1989m [1964]).

Winnicott, D. W. (1992) The mother-infant experience of mutuality. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 251-260 (K. Hjulmand: 1970b [1969]).

Winnicott, D. W. (1992) The observation of infants in a set situation. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 52-69 (K. Hjulmand: 1941b).

Winnicott, D. W. (1992) The psychology of madness: a contribution from psycho-analysis. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992, p. 119-129 (K. Hjulmand: 1989vk [1965]).

Winnicott, D. W. (1992) The use of an object and relating through identifications. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 218-227 (K. Hjulmand: 1969i [1968]).

Winnicott, D. W. (1992) The use of an object in the context of Moses and Monotheism. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992, p. 240-246 (K. Hjulmand: 1989xa [1969]).

Winnicott, D. W. (1992) The use of the word 'use'. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 233-235 (K. Hjulmand: 1989xb [1968]).

Winnicott, D. W. (1992) Withdrawal and regression. In D. W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis: collected papers*. New York & London: Brunner-Routledge, p. 255-261 (K. Hjulmand: 1955e [1954]).

Winnicott, D. W. (1992). Notes on withdrawal and regression. In D. W. Winnicott *Psycho-Analytic Explorations: D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 149-151 (K. Hjulmand: 1989vb [1965]).

Winnicott, D. W. (1997) Autism. In D. W. Winnicott *Thinking about children: D. W. Winnicott*. USA: Da Capo Press, p. 197-217 (K. Hjulmand: 1996c [1966]).

Winnicott, D. W. (1997) Creativity and its origins. In D. W. Winnicott *Playing and reality*. London and New York: Routledge, p. 65-85. (K. Hjulmand: 1971g).

Winnicott, D. W. (1997) Mirror-role of mother and family in child development. In D. W. Winnicott *Playing and reality*. London and New York: Routledge, p. 111-118 (K. Hjulmand: 1967c).

- Winnicott, D. W. (1997) *Playing: a theoretical statement*. In D. W. Winnicott *Playing and reality*. London and New York: Routledge, p. 38-52 (K. Hjulmand: 1968i [1967]).
- Winnicott, D. W. (1997) *Playing: creative activity and the search for the self*. In D. W. Winnicott *Playing and reality*. London and New York: Routledge, p. 53-64 (K. Hjulmand: 1971r).
- Winnicott, D. W. (1997) *The aetiology of infantile schizophrenia in terms of adaptive failure*. In D. W. Winnicott *Thinking about children: D. W. Winnicott*. USA: Da Capo Press, p. 218-223 (K. Hjulmand: 1968a [1967]).
- Winnicott, D. W. (1997) *The location of cultural experience*. In D. W. Winnicott *Playing and reality*. London and New York: Routledge, p. 95-103 (K. Hjulmand: 1967b).
- Winnicott, D. W. (1997) *The place where we live*. In D. W. Winnicott *Playing and reality*. London and New York: Routledge, p. 104-110. (K. Hjulmand: 1971q).
- Winnicott, D. W. (1997) *Transitional objects and transitional phenomena*. In D. W. Winnicott *Playing and reality*. London and New York: Routledge, p. 1-25 (K. Hjulmand: 1953c [1951]).
- Winnicott, D. W. (1999) *The spontaneous gesture: selected letters of D. W. Winnicott*. London: Karnac Books. (K. Hjulmand: 1987b).
- Winnicott, D. W. (2006) *Integrative and disruptive factors in family life*. In D. W. Winnicott *The family and individual development*. London and New York: Routledge, p. 57-71 (K. Hjulmand: 1961b [1957]).
- Winnicott, D. W. (2006) *The effect of psychosis on family life*. In D. W. Winnicott *The family and individual development*. London and New York: Routledge, p. 88-98 (K. Hjulmand: 1965l [1960]).
- Winnicott, D. W. (2006) *The effect of psychotic parents on the emotional development of the child*. In D. W. Winnicott *The family and individual development*. London and New York: Routledge, p. 99- 113 (K. Hjulmand: 1961a [1959]).
- Winnicott, D. W. (2006) *The family and emotional maturity*. In D. W. Winnicott *The family and individual development*. London and New York: Routledge, p. 128-137 (K. Hjulmand: 1965p [1960]).
- Winnicott, D. W. (2006) *Theoretical statement of the field of child psychiatry*. In D. W. Winnicott *The family and individual development*. London and New York: Routledge, p. 141-153 (K. Hjulmand: 1958q).
- Winnicott, D. W. *Introduction* (1996). In D.W. Winnicott *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London: Karnac Books, (part one, p. 1-11). (K. Hjulmand: 1971vc).