

## **O caso B e o conceito winnicottiano de objeto subjetivo**

### **The case B and the winnicottian concept of subjective object**

Ricardo Muratori

Psicólogo, psicoterapeuta, com especializações em clínica da infância, pelo Grupo de Estudos de Psiquiatria, Psicologia e Psicoterapia da Infância – GEPPPI; em desenvolvimento emocional infantil e na metodologia da observação da relação mãe-bebê, (modelo Esther Bick), pelo Centro de Estudos da Relação Mãe-Bebê-Família; Membro Regular e orientador de alunos do Centro Winnicott de São Paulo; mestrando em filosofia pela Unicamp.

E-mail: rmuratori@uol.com.br

**Resumo:** Ao estudar as etapas iniciais do desenvolvimento emocional do ser humano, Donald W. Winnicott deparou-se com diversos fenômenos próprios desse período, até então desconhecidos, ou não estudados, mas que ele constatou serem fundamentais no processo de amadurecimento pessoal. Ao longo dos anos, muitos conceitos foram sendo elaborados por Winnicott a fim de explicitar o material que foi sendo trazido à luz através das suas pesquisas. O conceito de objeto subjetivo é central no pensamento do autor exatamente porque, do ponto de vista teórico, ajuda a explicitar um aspecto fundamental do desenvolvimento emocional que é a experiência da realidade subjetiva, própria do estágio da primeira mamada teórica. Ao mesmo tempo esse conceito é essencial na compreensão de certos fenômenos que ocorrem na situação clínica. O que se pretende neste trabalho é fazer uma apresentação do conceito de objeto subjetivo, destacando alguns aspectos essenciais desse conceito e buscar no relato do caso B algumas situações ilustrativas desse conceito.

**Palavras-chave:** clínica winnicottiana, estágios iniciais, relação de objeto, identificação primária, subjetividade em Winnicott.

**Abstract:** Studying the initial stages of the emotional development of human beings, Donald W. Winnicott has found a several characteristic phenomena of that period, which were unknown, or not studied, but, from his point of view, they would be fundamental to the personal maturational process. Over the years, Winnicott had been working out many concepts in order to make explicit the matter, which was surfacing throughout his researches. Subjective object is a central concept in the Winnicott's theory, exactly because into the theoretical aspect, it helps to understand a fundamental point of emotional development, namely, the subjective reality experience, typical in the stage of theoretical first feed. At the same time, this concept is

essential to understand certain phenomena that occur in the clinical situation. The purpose of this article is to present the concept of subjective object, distinguishing some essential aspects of this concept and to seek into the case B some excerpts to illustrate this concept.

**Keywords:** winnicottian clinic, early stages, object relation, primary identification, subjectivity in Winnicott.

## 1) Introdução

Ao estudar as etapas iniciais do desenvolvimento emocional humano, Winnicott deparou-se com diversos fenômenos próprios desse período, até então desconhecidos, ou não estudados, mas que ele constatou serem fundamentais no processo de amadurecimento pessoal. Ao elucidar tais fenômenos, Winnicott colocou em primeiro plano questões igualmente essenciais como a importância do ambiente e a dependência do indivíduo em relação a ele. O autor aponta que a ênfase do processo está na relação ambiente-indivíduo, principalmente nos estágios iniciais, quando a dependência é absoluta, o que põe em questão a visão de que o desenvolvimento se dá através de um processo exclusivamente intrapsíquico. Para Winnicott a relação mãe-bebê, juntamente com todos os diversos fenômenos que lhe são próprios, ocupa o lugar central na compreensão do desenvolvimento emocional, e não o complexo de Édipo e o desenvolvimento da libido como preconiza a psicanálise tradicional. Para o autor inglês esses processos são igualmente essenciais, mas, segundo ele, ocorrem numa etapa relativamente tardia do amadurecimento e sob a condição de tudo ter corrido bem nas fases anteriores.

Desse modo, sua teoria do amadurecimento pessoal estabeleceu parâmetros novos para o entendimento do desenvolvimento saudável criando, conseqüentemente, uma base nova para a compreensão das patologias em geral, com destaque para a etiologia dos quadros de psicose e tendência anti-social. Como decorrência desses novos referenciais, a relação mãe-bebê passou a ser vista pelo autor, também, como o protótipo da relação analítica, propiciando o reconhecimento de elementos novos presentes na transferência que são relativos aos estágios iniciais da história do paciente. Tais inovações não poderiam deixar de trazer implicações para o trabalho do analista que, uma vez baseado na teoria do amadurecimento, é levado a desenvolver condutas perante o paciente que são diferenciadas em relação à técnica tradicional.

Ganham então destaque diversos aspectos que compõem o setting analítico, realçando determinados cuidados por parte do analista com relação ao paciente. A começar pelo diagnóstico que é um aspecto do trabalho, tratado de maneira bastante específica quando visto à luz da teoria do amadurecimento. Diz o autor: “O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico com o continuar do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico” (1965d/1990 p. 154). Esse enfoque leva o profissional a ter preocupações permanentes com relação à sua atitude perante as necessidades emocionais do paciente. Ganha ênfase o manejo de determinadas situações, o que vai colocar em questão a centralidade do trabalho verbal no processo analítico. Em diferentes situações, antes de fazer uma interpretação o analista terá que avaliar a real condição emocional do paciente de poder receber aquela interpretação, privilegiando, desse modo, o cuidado com a necessidade emocional do paciente naquele momento. A esse respeito, Winnicott afirma: “Um dos problemas da nossa técnica psicanalítica consiste em saber qual a idade do paciente no interior da relação transferencial” (1958f/2000 p. 263).

Ao longo dos anos, muitos conceitos foram sendo elaborados por Winnicott a fim de explicitar o material que foi sendo trazido à luz através das suas pesquisas, compondo, assim, a sua teoria a respeito do desenvolvimento emocional. Toda essa elaboração se deu a partir da observação direta dos indivíduos e da descrição detalhada dos fenômenos observados, seja na situação clássica do setting analítico, seja nos atendimentos nas instituições em que Winnicott trabalhou.

O que se pretende neste trabalho é fazer uma apresentação do conceito de objeto subjetivo, destacando seus aspectos essenciais e buscar no caso B algumas situações ilustrativas desse conceito.

## **2) O conceito de objeto subjetivo**

O conceito de objeto subjetivo é um dos mais importantes no pensamento do autor e encontramos referências a ideias relacionadas a ele já na década de 1940, no trabalho “Desenvolvimento emocional primitivo” (1945d/2000 p. 228), onde afirma que “No estado mais primitivo, que pode existir numa situação de doença, e ao qual a regressão pode voltar, o objeto comporta-se de acordo com leis mágicas, ou seja, existe quando desejado, aproxima-se quando nos aproximamos e fere quando o ferimos. Por

fim, desaparece quando não mais o desejamos”. Entretanto, o autor só irá concluir sua formulação no trabalho escrito em 1966, “Os elementos masculinos e femininos excindidos encontrados em homens e mulheres” (1971va/1975), onde irá descrever de maneira detalhada as primeiras experiências de ser si-mesmo como identidade que ocorrem na primeira mamada teórica.

Esse conceito é central exatamente porque se refere a um aspecto essencial do desenvolvimento emocional que é a experiência da realidade subjetiva. A realidade subjetiva é a condição em que vive o bebê no início da vida e é através dessa condição que se dá a única possibilidade, nesse momento, de que alguma relação com objetos comece a acontecer. É através da realidade subjetiva que se torna possível para o novo indivíduo começar a tomar contato com tudo o que decorre do fato de estar vivo. O que caracteriza esse momento do amadurecimento é o fato de que o bebê depende totalmente dos cuidados fornecidos pelo ambiente, e a sua total impossibilidade de ter consciência dessa dependência.

Aqui, o ponto fundamental no que se refere ao ambiente é a confiabilidade, ou seja, a capacidade do ambiente de garantir uma total adaptação às necessidades do bebê para dar atendimento a elas e evitar que ele viva experiências intrusivas. Em outras palavras, é a presença dedicada da mãe que se dá através dos cuidados com o bebê que irá possibilitar a ele viver na realidade subjetiva pelo tempo necessário, propiciando que ocorram os primeiros contatos com a realidade objetiva, sem, com isso, violar sua ainda incipiente individualidade. Portanto, só podemos falar em realidade subjetiva, pressupondo a presença de um ambiente que esteja voltado para as necessidades do bebê e ao mesmo tempo ofereça a ele a oportunidade de contato com objetos.

Nesse ponto inicial da vida, o indivíduo humano não dispõe de nenhum recurso, exceto aqueles presentes no potencial próprio da natureza humana. Ainda não há um si-mesmo constituído, e o impulso não possui ainda um caráter pessoal; não há distinção entre o eu e o não-eu e só faz sentido falarmos em unidade, se considerarmos o conjunto “ambiente indivíduo” (1988/1990, p.153). As tarefas mais elementares do amadurecimento, isto é, a temporalização e a espacialização estão ainda para ser iniciadas, assim como, o alojamento da psique no corpo e as funções corporais, encontram-se em total estado de não-integração. “No início, antes que cada indivíduo crie o mundo novamente, existe um simples estado de ser, e uma consciência (*awareness*) incipiente da continuidade do ser e da continuidade do existir no tempo” (1988/1990, p. 157). Nesse momento o indivíduo encontra-se em um estado de solidão

essencial, que só pode existir se houver, por parte do ambiente, uma adaptação absoluta que irá proporcionar que a continuidade de ser não seja perturbada em função de reações contra intrusões. Por solidão essencial, o autor entende como uma total ausência de relacionamento com o ambiente, ao mesmo tempo em que o indivíduo depende em cem por cento dos cuidados desse ambiente (1988/1990, p. 153).

Havendo então um ambiente confiável, a tendência inata para a integração proporciona o desenvolvimento do potencial herdado. Uma parte basilar desse potencial, é denominada por Winnicott de “criatividade primária” (1988/1990, p. 130). O autor explica que o bebê vive basicamente dois estados que se alternam, a saber, os estados excitados e os estados tranquilos (1988/1990, p. 120). Quando o bebê se encontra num momento de excitação provocada pela necessidade, por exemplo, de mamar, cria-se uma expectativa vaga na qual “o bebê está preparado para encontrar algo em algum lugar, mas sem saber o quê” (1988/1990, p. 120). A mãe suficientemente boa, capaz de uma identificação profunda com o bebê, oferece o seio no momento exato em que ele está pronto para criá-lo. Ao receber o seio, o bebê vive a experiência de que o seio foi criado em função da sua necessidade, uma vez que ele não tem nenhuma condição, em termos de amadurecimento, para se dar conta de que o seio é algo externo a ele e que está ali para suprir sua necessidade. Do ponto de vista do bebê, do mesmo modo que houve a urgência, houve o atendimento a ela, tudo fazendo parte de um mesmo nexo. Com isso, ele passa a desenvolver a “ilusão de que o que ele encontra foi por ele criado”. (1988/1990, p. 131)

“Ilusão de onipotência” é o nome que o autor dá à vivência que o bebê tem de acreditar que aquilo de que ele necessita é criado num gesto que surge numa onda de excitação gerada pela própria necessidade. Em contrapartida, como já foi dito, é a adaptação suficientemente boa da mãe que possibilita ao bebê a *experiência de onipotência*.

Dizendo de maneira mais específica, o que acontece nesse momento é a primeira experiência de ser como identidade e que se tornará a base para as futuras experiências de identidade que o indivíduo terá. Na medida em que o bebê vive a experiência de onipotência sustentada pela confiabilidade, nos momentos em que ele, em estado de excitação, encontra o seio, encontra também o si-mesmo. O encontro com o seio durante a excitação torna o si-mesmo e o próprio seio reais. Há então a primeira experiência de ser como identidade, uma vez que *o si-mesmo se torna o seio*. Essa experiência em que o bebê se torna o seio, de modo que sujeito e objeto são uma só coisa, é o que Winnicott

denomina de “elemento feminino puro”, presente em homens e mulheres (1971va/1975, p. 113-114). É aqui que tem início a raiz identitária do indivíduo porque é aqui que se encontra a base que possibilita a ele a primeira experiência de ser como identidade. O autor destaca o fato de que não há participação do fator instintual nesse processo de identificação. Esse fator está relacionado às experiências da realidade externa, o que ocorrerá apenas quando o bebê tiver maturidade suficiente para percebê-la enquanto tal, ou seja, quando o objeto puder ser objetivamente percebido, experiência esta, que o autor chama de “elemento masculino puro” (1971va/1975, p. 113-114).

Entretanto, no que se refere ao encontro com o objeto, só é possível falar em um si-mesmo e um seio em interação, se adotamos o ponto de vista do observador, pois, do ponto de vista do bebê, ele é o seio, não havendo distinção entre os dois. Desse modo, ao longo do tempo o bebê desenvolve a convicção de que ele *é* os cuidados maternos e de que ele *é* a confiabilidade do ambiente. Dentro da realidade subjetiva, afirma Winnicott, “o que é adaptativo ou ‘bom’ no ambiente está construído no armazém de experiências do lactente como se fosse uma qualidade do si-mesmo, indistinguível, de início (pelo lactente), do funcionamento sadio do próprio lactente” (1965j[1963]/1990, p. 91). Pelo que foi dito, fica evidente onde se funda e o que significa a dependência dentro do processo do amadurecimento.

Nesse processo, *a qualidade do ambiente é indistinguível (da qualidade) do si-mesmo*. Se uma falha ambiental ocorrer, isso poderá acarretar um trauma que afetará diretamente a constituição do indivíduo, atingindo-o no momento em que as bases para sua capacidade de ser e para suas relações iniciais com os objetos estão se estabelecendo

Nesse sentido, o material que encontramos no relato do caso B mostra-se indicado para ilustrar este estudo, uma vez que a origem dos sintomas desse paciente encontra-se no estágio do amadurecimento em que o contato com o objeto possui uma qualidade subjetiva.

### **3) O caso B e a realidade subjetiva**

O atendimento do paciente B representa um momento de evolução do pensamento winnicottiano, tanto do ponto de vista clínico, quanto do ponto de vista teórico. M. Khan, autor da introdução do relato, refere que nele encontramos os rudimentos de conceitos que Winnicott irá aprimorar ao longo do tempo (Winnicott, 1968/1991, p. 5). A partir desse trabalho o autor passou a considerar, por exemplo, o

holding, fenômeno que é próprio da relação mãe-bebê, como um aspecto essencial do setting analítico, cujo sentido é o de acolher o paciente nos diferentes momentos do processo, proporcionando a ele um ambiente favorável para o contato e a elaboração de questões que impediram o seu desenvolvimento. O fato de Winnicott ter chegado à teorização sobre a importância do holding no contexto clínico deu-se em função dele ter percebido, em muitos momentos, o paciente estabelecer com ele e, na verdade, com todo o setting, um tipo de relação pautada por elementos do seu mundo subjetivo, no sentido em que esse termo é tratado no presente estudo.

A análise de B aconteceu em dois momentos. O primeiro, quando B contava 19 anos e apresentava um quadro de “depressão com forte colorido homossexual, embora sem uma homossexualidade manifesta” e “um estado de confusão e irrealidade” (1968/1991, p. 21). O trabalho durou cerca de dois anos e o analista afirma ter ocorrido uma “melhora clínica”, com o paciente interrompendo a análise em função do momento histórico em que se vivia, II Guerra Mundial, e também porque apresentou condições para começar a trabalhar.

B chegou até Winnicott com a ajuda de sua mãe e, já no primeiro contato com o paciente, um aspecto do seu comportamento chamou a atenção. Conta que “o rapaz entrou na sala, deitou-se no divã e começou a análise da mesma forma como o faria um ou dois anos mais tarde”, e, ao sair, “foi até minha estante e viu dois livros que disse também possuir”; de diversas maneiras o paciente “demonstrava estar colocando na minha cadeira alguém que já pertencia ao *seu mundo interno*”, e a análise parecia ser “algo em que *realmente já acreditava*” (1968/1991, p. 9 grifos meus). A seguir, Winnicott comenta que “(...) seria legítimo dizer que continuei a ser *um objeto do seu mundo interno* até o momento que estou prestes a descrever, na primeira das sessões analíticas que transcrevi literalmente” (1968/1991, p. 9 grifos meus). Outro comentário de Winnicott refere-se à “facilidade com que o paciente entrava em contato com seus sentimentos acerca dos *objetos de seu mundo interno* e a facilidade com que ele me falava sobre tais sentimentos, *desde que sentisse que eu estava com ele no seu mundo interno*” (1968/1991, p. 9 grifos meus). Entretanto, é importante destacar, o paciente apresentava uma forte dissociação entre o que vivia nas sessões com o analista e o que se passava com ele fora da análise.

Nessa descrição inicial da primeira fase da análise de B, como se pode observar, encontramos várias referências que o autor faz ao modo como B estabelece contato com o analista e com a análise. Quando ele diz que o paciente coloca na cadeira do analista

alguém que já faz parte do seu mundo interno e, por isso, pode, desde já, acreditar na análise, Winnicott está se deparando com o modo próprio de esse paciente se relacionar, modo esse que não leva em conta certos aspectos da realidade (compartilhada), mas privilegia outros aspectos da sua realidade *interna*.

Winnicott chama a atenção para o “caráter da transferência”, assinalando que “*a menos que se compreenda o que estava acontecendo*” a relação do paciente com o analista poderia ser vista como “extremamente artificial” (1968/1991, p. 9 grifos meus). Neste ponto, o autor está se referindo à importância de ter reconhecido o tipo de material que estava sendo comunicado via transferência, de natureza bem mais primitiva, independentemente do discurso racional e articulado do paciente. Dito de outro modo seria inútil qualquer tentativa de se trabalhar no plano da interpretação de material reprimido inconsciente, conduzindo a análise para a esfera intelectual, com o domínio da linguagem verbal. Winnicott acreditava que o paciente estivesse trazendo, na transferência, material relativo a estágios primitivos da sua vida emocional, ou seja, não havia material reprimido inconsciente para ser interpretado, mas uma condição emocional que precisava ser reconhecida.

É importante destacar alguns elementos que são próprios da clínica winnicottiana. Um deles é o cuidado na observação detalhada do comportamento do paciente, fazendo uso dos dados observados para nortear, tanto o diagnóstico, quanto a conduta a ser seguida. Ao assumir a posição de objeto do “mundo interno” do paciente e ao relacionar-se com ele desse ponto de vista, Winnicott proporcionava a ele – através do manejo e não da interpretação verbal – o holding para que ele pudesse viver a experiência de contato com o analista a partir da sua realidade pessoal. Assim, vemos o analista destacar a facilidade com que B fazia contato e falava dos sentimentos acerca dos objetos do seu mundo interno, desde que sentisse que o analista fizesse parte desse mundo interno, ou seja, do seu mundo subjetivo.

Winnicott relata que o trabalho evoluiu “sem complicações” com a análise tendo “um desenvolvimento próprio”, e revela que houve uma “modificação vital”, quando se chegou à “análise do medo do paciente de terminar a análise” (1968/1991, p. 10). A origem desse medo estava localizada nos episódios de final de mamada, em que a mãe de B, impedida por suas próprias questões emocionais, não pôde desenvolver uma identificação adequada com ele, de modo que a situação traumática se dava à medida que a mãe interrompia a mamada sem levar em conta a experiência do filho (esse entendimento foi confirmado anos depois, em uma entrevista com a mãe). O que

prevalecia era o tempo e o modo com que ela orientava sua conduta. Na vivência de B a interrupção da mamada se dava com uma qualidade intrusiva, desfazendo a experiência de onipotência o que resultava na perda do objeto subjetivo, ou seja, na perda do seio subjetivo, que envolve desejo e gratificação. Por outro lado, o seio objetivo, real era imposto ao bebê. A situação levava B a ficar, como disse Winnicott numa interpretação, “à mercê dos seus próprios instintos e da sua capacidade de gratificação instintual ” (1968/1991, p. 11). Ao final das mamadas, a experiência da satisfação, da perda do desejo e do seio significava a aniquilação do objeto. Restava então a B ter de submeter-se ao modo de fazer da mãe, adaptando-se a ele, afastando-se do próprio impulso pessoal.

Essa experiência intrusiva, na medida em que era um padrão, tornou-se traumática, acarretando prejuízos à incorporação da instintualidade, comprometendo aspectos da personalidade como a criatividade, a espontaneidade e a sexualidade, temas que serão abordados somente na segunda fase da análise de B. Houve também prejuízo no processo de identificação primária de B, acarretando dificuldades quanto à identidade de gênero, o que Winnicott observou como “colorido homossexual, embora sem uma homossexualidade manifesta.”

Entretanto, o autor relata que depois de o medo do final da análise ter sido esclarecido, o tratamento e a vida do paciente mudaram, com este tornando-se capaz de eliminar a dissociação entre o dentro e o fora da análise, passando a trazer assuntos da sua vida para o contexto do trabalho com Winnicott. O paciente passou a cuidar-se melhor, desenvolveu uma disposição para o trabalho, melhorou a relação com a mãe e, na análise, pôde se aproximar da questão edípica, o que até então não tinha sido possível. Essa primeira fase se encerrou quando o paciente passou a trabalhar em uma empresa de engenharia, ocupando um cargo com certo grau de responsabilidade.

Durante os anos que separam a primeira da segunda fase dessa análise, Winnicott nunca deixou de ter o paciente em mente, chegando a fazer contato com a mãe de B para ter notícias. Em um desses contatos, ela relata o entendimento a que chegou, através de sua própria análise, sobre a “qualidade sintomática” da sua “perfeição enquanto mãe” ao cuidar do filho, e que esse comportamento estava ligado a uma grande ansiedade sua (1968/1991, p. 11). Winnicott conta que “essa informação inesperada confirma totalmente a conclusão principal tirada da análise de B”, em que se verificou que ele se sentia aniquilado ao final de cada mamada (1968/1991, p. 12).

O segundo momento da análise deu-se por volta de treze anos mais tarde, após o paciente ter sofrido um “colapso nervoso” ocasionado pela sua incapacidade emocional, naquele momento, de assumir as responsabilidades relacionadas à vida de modo geral. O paciente era então recém-formado em medicina, casado e com um filho, vindo a tornar-se pai novamente durante a análise. Nessa ocasião, B iniciava suas atividades como médico, situação que naturalmente o obrigava a tomar decisões a partir de si mesmo, o que para ele não era possível. Assim, internou-se em um hospital psiquiátrico devido a “sentimentos de irrealidade e uma incapacidade geral de lidar com o trabalho e com a vida” (1968/1991, p. 21). A partir daí o retorno à análise ocorreu novamente através da mãe, pois, segundo Winnicott, ele “sentia-se incapaz até de procurar análise” (1968/1991, p. 21). Para o analista, porém – como se esperasse por isso – “o momento para que a análise tivesse continuidade havia chegado” (1968/1991, p. 13) – embora B não tivesse consciência de que “estava procurando seu antigo analista” (1968/1991, p. 21).

Nesta nova fase, a queixa de B era de que “não conseguia falar livremente, não conseguia manter conversas informais, não tinha imaginação ou capacidade para jogos, e não conseguia fazer um gesto espontâneo nem ficar excitado” (1968/1991, p. 22). Winnicott o diagnosticaria como um indivíduo “esquizoide-depressivo” (1986a /1991, p. 209).

Nos primeiros tempos do trabalho, o paciente estabelecia com o analista, um tipo de contato eminentemente racional, através de um discurso “estudado e retórico”, mantendo-se distante de sua realidade pessoal. Foi necessário que a dupla atravessasse um longo período em que o paciente trazia observações *sobre* a vida e *sobre* a sua pessoa, até que se tornasse possível ao analista “entrar em contato com a criança que era o paciente” (1968/1991, p. 22). No comentário de Khan, o paciente mantinha isolado seu si-mesmo verdadeiro do mundo e até de si mesmo por meio da atividade mental, preenchida com pensamentos. Ele não tinha meios de se relacionar com o mundo a partir do seu si-mesmo verdadeiro. “Daí, ele viver na prisão daquele espaço sem objeto, que constituía *le terrain interne* da sua atividade mental e da sua auto-observação. Nesse espaço interno cada experiência é representada por pensamentos, mas nenhuma experiência é internalizada” (1968/1991, p. 16). Entretanto, se por um lado predominava o discurso racional e impessoal de B, por outro, é possível afirmar que estivesse em vigor um tipo de contato em que o analista era um objeto subjetivo, onde os elementos

essenciais eram a sustentação fornecida pelo analista e a certeza, por parte de B, de que o analista tolerasse essa condição ao longo do tempo.

Dessa segunda análise de B, cuja duração foi de cerca de dois anos, um momento significativo para o propósito deste estudo é aquele apresentado no trabalho “Retraimento e Regressão” (1954a/1991). Esse relato se refere a seis episódios selecionados por Winnicott com o objetivo de exemplificar sua constatação de que momentos de retraimento do paciente, quando adequadamente sustentados pelo analista, podem transformar-se em experiências de regressão, possibilitando que uma situação traumática seja revivida pelo paciente e, desse modo, haja uma “correção de uma adaptação inadequada, presente na história do paciente, isto é, no manejo do paciente como bebê” (1954a/1991, p. 215).

Nos dois primeiros episódios, o paciente relata os acontecimentos ocorridos durante momentos de retraimento, que revelam, segundo Winnicott, as primeiras manifestações do si-mesmo verdadeiro a surgirem na análise. É no segundo episódio que o material surge de modo mais consistente. O paciente fala que está se sentindo encolhido sobre o divã, e diz isso fazendo movimentos com as mãos. Winnicott interpreta que, “ao falar de si mesmo como estando encolhido e se movimentando”, o paciente sugere a existência de um meio, do qual não tem consciência. A resposta do paciente é uma comparação, dizendo que é “como o óleo no qual as rodas se movem”, mostrando ter “assimilado a ideia de um meio que lhe fornecia um *holding*”. A interpretação teve o sentido específico de tentar proporcionar ao paciente um meio capaz de acolher suas vivências, numa tentativa de que algum sentido pudesse se revelar. Na medida em que a regressão se estabelece e tais acontecimentos podem ser acolhidos, há uma comunicação e, conseqüentemente, os aspectos dissociados, presentes no campo estritamente subjetivo, podem começar a ser compartilhados com o analista. A “interpretação do meio” possibilitou que o retraimento se transformasse em regressão e, assim, aquilo que era vivido subjetivamente pôde tornar-se elemento de comunicação com o analista, “tornando-o capaz de usar essa experiência de maneira construtiva” (1954a/1991, p. 211). Winnicott relata que a partir daí ocorreram mudanças significativas na atitude do paciente, no que se refere à compreensão do trabalho do analista, no reconhecimento da dependência e “na maneira de enfrentar a situação real tanto no trabalho como em casa (1954a/1991, p. 211) ”.

No episódio seguinte, Winnicott relata um novo momento de retraimento, no qual B vive a fantasia – experienciada de modo bastante real – de estar “longe, numa

fábrica”, a mesma em que se empregara na época que finalizou a primeira análise. Winnicott irá interpretar essa fantasia como um movimento de afastamento por parte do paciente, em relação ao colo do analista, (divã). “(...) ele havia saído *do meu colo*” (1954a/1991, p. 212). Winnicott salienta que esse movimento está relacionado com o meio proporcionado a ele, dentro do qual ele pôde “movimentar-se no espaço numa posição encolhida”, mas também está relacionado com o colo para onde ele pode retornar.

É interessante observar que no quarto episódio, após viver um momento de retraimento, B relata o que aconteceu durante o mesmo. É Winnicott quem conta: “*havia escurecido, apareceram nuvens e começou a chover; a chuva havia caído sobre seu corpo nu*” (1954a/1991, p. 212). Sua interpretação foi no sentido de colocar o paciente na condição de “um bebê recém-nascido, dentro desse meio ambiente cruel e impiedoso”. A fantasia de B e a interpretação do analista referem-se à perspectiva de que, com o amadurecimento, será inevitável o encontro com os elementos próprios da realidade e do mundo objetivamente percebidos e nem sempre acolhedores.

Por outro lado, à medida que B vai podendo expandir-se a partir de si-mesmo, outros elementos de maior complexidade começam a surgir, como verificamos no quinto episódio. Agora, B relata um sonho, cuja interpretação aponta para dois aspectos importantes. O primeiro se refere à expansão do movimento de afastamento em relação à análise, muito embora, contando com a possibilidade de poder retornar, (“no sonho, *ele vai e volta*”). Winnicott ressalta aqui a relação com os dois primeiros e o quarto episódios, que também tratam da questão da movimentação dentro do meio. O outro aspecto refere-se à mobilização do paciente no sentido de efetivar a integração de aspectos dissociados da personalidade. Entretanto, sua queixa de falta de espontaneidade permanece, e, para o paciente, afastar-se completamente da análise seria algo intimamente associado à ideia de poder ser espontâneo. B não acredita que haja lugar para sua espontaneidade. Ele teme que seu gesto espontâneo não seja reconhecido, caia no vazio. Esse seu temor é ainda justificado por sua história com seus pais.

No sexto episódio, emerge material ligado ao relacionamento de B com o pai, material esse que teve seu início em um sonho do paciente, no qual ele e o pai discutiam “problemas sexuais correntes de forma sensata e liberal” (1954a/1991, p.214). Na sessão, B revela surpresa ao deparar-se com o fato de nunca ter aceitado a morte do pai. O paciente parece ter adquirido condições emocionais para aceitar esse fato e, também,

para começar a ter, *dentro de si*, um pai com quem pudesse ter conversas razoáveis sobre problemas da vida.

Nesse episódio o paciente descreve uma dor de cabeça sentida “*como se estivesse do lado de fora da cabeça*” (1954a/1991, p.214). Na verdade, nessa quase alucinação de B está expressa uma parte da dor pela perda do pai, e, também, o sentimento de abandono, uma vez que era o pai, e não a mãe, quem *segurava sua cabeça*, quando ele era criança e entrava em contato com o sofrimento. B relata, também, que devido a essa dor de cabeça, teria deixado de vir para a análise “se houvesse conseguido a compaixão da mulher” (1954a/1991, p. 214). Durante uma interpretação, B tem um retraimento cuja fantasia era de “uma máquina capaz de ativar um manejo compassivo e superficial”. Ficou evidente, para B, a importância de que o analista não *segurasse sua cabeça*, ou seja, não se compadecesse dele e de sua dor, mas que “compreendesse imediatamente suas necessidades”, ou seja, que as reconhecesse enquanto reais (1954a/1991, p. 215).

É interessante observarmos a sequência evolutiva do paciente que Winnicott nos apresenta nesses episódios. Ela se inicia com aspectos bastante primitivos da experiência pessoal – a experiência de rolar sobre o divã, e o meio oferecido pelo analista – e prossegue em um desenvolvimento tal, que vai modificando a própria qualidade do material trazido de forma consciente, deliberada. Assim, no sexto episódio, o paciente fala com espanto da não aceitação da morte do pai, o que permitiu o trabalho sobre essa questão, a constatação da importância da dependência e o verdadeiro reconhecimento da sua dor.

#### **4) Considerações finais**

Parafraseando o próprio Winnicott, é possível dizer que esse fragmento de análise pode ser oferecido como ilustração do conceito de objeto subjetivo tal como ele pode surgir durante uma análise (1968/1991, p. 21). Ilustra também a importância do holding, ou, meio ambiente adequadamente adaptado, capaz de captar as necessidades emocionais do paciente, estabelecendo condições favoráveis para uma comunicação em nível profundo.

Como é possível constatar ao longo do estudo, o conceito de objeto subjetivo refere-se, não apenas a um modo de relação próprio dos períodos iniciais da vida humana. Uma leitura de alguns trechos do relato do caso B nos possibilitou observar o

modo como podem aparecer elementos de natureza subjetiva, no sentido dado por Winnicott, na relação analítica, evidenciando a importância desse conceito no trabalho clínico. Essa importância se verifica, tanto no sentido do diagnóstico, ou seja, na compreensão da realidade psíquica na qual se encontra o paciente em dado momento, quanto na maneira de conceber e conduzir o trabalho do analista.

No caso do paciente B, sua relação com a realidade externa era pautada por aspectos estritamente racionais, impessoais e sem a presença da instintualidade, pois, esta não haviam sido integradas ao si-mesmo. Sua identidade pessoal e, por conseguinte, a de gênero, não pôde ser plenamente formada. Na relação inicial com a mãe, os primeiros passos em direção a essas questões não puderam ser dados, permanecendo apenas como potencial. Esse potencial permaneceu no âmbito subjetivo até o momento em que foi oferecido um ambiente adequado para que ele pudesse expandir-se e evoluir. A análise possibilitou a ele viver experiências que fizeram com que a sua tendência à integração retomasse seu curso normal.

Em linhas gerais, o relato desses seis episódios nos mostra o contraste entre o modo formal como o paciente mostrava-se no contato com Winnicott e a sua realidade pessoal que durante muito tempo permaneceu dissociada, restrita numa área subjetiva da sua personalidade e que só pôde começar a se manifestar nas condições especiais oferecidas por um setting suficientemente adaptado. Fica também aqui indicado, como possível tema de um próximo estudo, o modo como Winnicott pensa a subjetividade humana.

Após a realização deste estudo, talvez possamos dizer que o conceito de objeto subjetivo foi criado por Winnicott para fazer referência a um aspecto da personalidade que aponta para um modo peculiar de contato com a realidade, seja nas etapas iniciais, quando a realidade ainda tem um caráter eminentemente subjetivo; seja na idade adulta, quando o indivíduo já adquiriu, através dos estágios do amadurecimento, a capacidade para relacionar-se objetivamente com a realidade; seja nas relações doentias estabelecidas por indivíduos que não puderam ter um processo saudável de amadurecimento.

## **Referências**

Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Dias, E. O. (2012). Sobre a confiabilidade. In E. O. Dias, *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW. (Trabalho original publicado em 2001).

Galvan, G. (2009). Caso B: a mãe perfeita e a constituição do si-mesmo. *Winnicott e-prints*, 4(1e2), 1-10.

Khan, M. M. R. (1991). Introdução. In D. Winnicott (1991/1986a),  *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).

Loparic, Z. (1995). Winnicott e Heidegger: afinidades. *Boletim de novidades*, 8(69), 53-60.

Loparic, Z. (2000). O animal humano. *Natureza humana*, 1(1).

Moraes, A. A. R. E. (2010). Caso B: a experiência da perda do concernimento e a importância da análise. *Natureza humana*, 12(1), 1-30.

Winnicott, D. W. (1975). A criatividade e suas origens. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971va).

Winnicott, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno infantil. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960c).

Winnicott, D. W. (1990). Moral e educação. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963d).

Winnicott, D. W. (1990). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965d).

Winnicott, D. W. (1990). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965j[1963]).

Winnicott, D. W. (1990). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. Winnicott (1990/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965n[1962]).

Winnicott, D. W. (1990). Parte IV. In D. Winnicott, *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988).

Winnicott, D. W. (1991). Retraimento e regressão. In D. Winnicott (1991/1986a),  *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1954a).

Winnicott, D. W. (1991).  *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986a).

Winnicott, D. W. (1994). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações. In D. Winnicott (1994/1989a),  *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969i).

Winnicott, D. W. (1994). Resposta a comentários. In D. Winnicott (1994/1989a),  *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1972c).

Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. Winnicott (2000/1958a),  *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945d).

Winnicott, D. W. (2000). Memória do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. Winnicott (2000/1958a),  *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958f).