

REFLEXÕES SOBRE A COMUNICAÇÃO NA OBRA DE DONALD W. WINNICOTT¹

Flávia Figueira Porto² e Ivonise Fernandes da Motta³

<https://doi.org/10.51356/rpp.442a6>

RESUMO: O desenvolvimento emocional implica a necessidade de troca comunicacional desde sua base. Nos relacionamentos humanos, estão em jogo comunicações implícitas e explícitas, que se estendem do campo das relações materno-infantis às relações interpessoais adultas, incluindo as experiências culturais. Sob o ensejo dos atendimentos clínicos, o terapeuta lida com aspectos não comunicacionais da existência humana, refletidos tanto na não comunicação presente em estados agradáveis de quietude e relaxamento, quanto no retraimento defensivo frente à ameaça de aniquilamento do núcleo central da personalidade. Destaca-se, ainda, o estado de permanente isolamento e de incomunicabilidade que é próprio do verdadeiro *self*, a favor do qual o terapeuta dirige-se fundamentalmente como guardião e não como intérprete. Nesse sentido, este artigo apresenta uma reflexão sobre a teoria da comunicação e seus opostos na obra psicanalítica de Donald W. Winnicott, tendo como objetivo descrevê-la em sua amplitude semântica e aplicabilidade clínica. Apresenta como contribuição o aprofundamento do tema a partir de combinações elucidativas que articulam a comunicação a conjunturas teórico-experienciais, tais como: amálgama mãe-bebê; núcleo inviolável do *self*; relações de objeto; relação transferencial no *setting* analítico; não comunicação defensiva e presença viva do analista. Espera-se que este estudo possa contribuir para futuras pesquisas sobre o tema.

¹ Artigo submetido em julho de 2023 e aceite para publicação em janeiro de 2024.

² Doutoranda em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP). Especialista em Psicologia da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC–Rio). *Email:* flafigueira@gmail.com

³ Professora Livre-Docente no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e Orientadora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade em Diferentes Abordagens Psicoterápicas (LAPECRI), do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. *E-mail:* ivonise@usp.br

PALAVRAS-CHAVE: comunicação, subjetividade, clínica psicanalítica, Winnicott.

INTRODUÇÃO

No ensejo dos relacionamentos, a fala, o gesto, o silêncio e as expressões faciais funcionam, essencialmente, como mensageiros de ideias, expectativas, anseios, aspectos da personalidade dos indivíduos, tendo como marca um caráter, potencialmente, comunicacional. Acrescido a isso, no âmbito das interações humanas, estão em jogo tanto a transmissão intencional de mensagens quanto as comunicações subliminares, cujo núcleo de sentido encontra-se oculto. Com relação a esse último ponto, a Psicanálise contribuiu de modo substancial. Em sua base epistemológica, a comunicação apresentou-se como eixo fundamental de desdobramento analítico, tendo como campo originário a clínica com pacientes histéricos do final do século XIX. Na época, na iminência dos inúmeros casos de adoecimento somático não justificados em suas qualidades fisiológicas, investiu-se na compreensão do sintoma enquanto representante de uma verdade subjacente, apartada da consciência e historicizada no campo das relações familiares progressas. Estava implicado aquilo sobre o qual não se pôde fazer referência, integrar no ego como experiência, por tratar-se de um desejo violento e inconciliável com as aspirações morais e éticas do indivíduo, ficando a cargo de mecanismos psíquicos defensivos cuja amnésia tinha um papel crucial (Freud, 1910/1969). Partindo dessa acepção, o «não-saber», a não possibilidade de uma comunicação direta com a realidade traumática, não constituiria por si só «o fator patogênico» (Laplanche & Pontalis, 1967/1991, p. 387), mas o sintoma se daria em uma compensação para o fragmento apartado da consciência (Freud, 1924/2019). O inconsciente, desse modo, entra na cena clínica como uma realidade indubitável, solo profícuo para a investigação de processos psicopatológicos, trazendo à baila um homem que não é mais senhor de sua própria morada, capaz de tomar conhecimento apenas de parte de sua vida psíquica (Freud, 1917/2014a).

Como um *caleidoscópio*, a comunicação vai ganhando novos contornos e tonalidades em um campo de desdobramento da teoria psicanalítica tradicional. A partir de Donald W. Winnicott, ela assume

um caráter pluridimensional. Com respeito às primeiras interações e mensagens silenciosas trocadas entre mãe e bebê, que se estendem para as demais trocas inter-humanas e no campo cultural, a comunicação também está apresentada em seus opostos. Em um primeiro sentido negativo do termo, o de «não comunicação simples», o autor faz referência ao estado de repouso em que é possível estar só em si mesmo, quando, confiantemente, se esteve só na presença de uma mãe amorosa e dedicada na precocíssima infância. Além disso, destaca-se a própria *acontecência* para sempre incomunicável do núcleo do *self*, estando implicado o relacionamento com objetos subjetivos (Winnicott, 1963/1983e, p. 167). Nesse ensejo, não há saída que não seja indireta, nem entrada que não seja experimentada como ameaça de *arrombamento*. Sobre este último aspecto, em referência a um segundo sentido negativo da comunicação, o que está em jogo, paradoxalmente, é uma não comunicação do si mesmo, uma ausência no indivíduo do sentimento de ser real. Isso se explica porque, à sombra de uma ameaça de invasão ambiental a este núcleo de natureza incomunicável, um falso si mesmo é erguido defensivamente. Como uma couraça, protegendo o verdadeiro *self*, o indivíduo mantém com a externalidade um relacionamento precário, funcional e submisso (Winnicott, 1963/1983e).

Em vista disso, sem negligenciar o valor irrefutável da comunicação explícita no tratamento psicanalítico — em seus diferentes formatos, incluindo o uso irrestrito da linguagem —, neste artigo se busca apresentá-la sob demais feixes semânticos, à luz da teoria winnicottiana. Tal objeto de estudo configura-se como um espectro que se estende: (i) da não comunicação que é própria da *acontecência* do verdadeiro *self*, na qualidade de *isolação* permanente, a favor da qual, na clínica, o analista se coloca fundamentalmente na condição de *guardião* e não de intérprete; (ii) à não comunicação auto preservativa que, em sua radicalidade, processa-se como medida defensiva contra uma ameaça de desvirtuação absoluta desse núcleo de autenticidade, cabendo ao terapeuta uma presença altamente adaptativa.

Trata-se, portanto, de um trabalho de costura compreensiva dos diversos sentidos atribuídos à comunicação, que, além de revelá-la em seus «opostos» (Winnicott, 1963/1983e, p. 163), traz o brincar como sua forma experiencial fundamental. Na interseccionalidade

de realidades, interna e externa, o brincar possibilita a manipulação da externalidade «a serviço do sonho» (Winnicott, 1971a, p. 76). Desenrola-se, assim, *a relíquia das deleitáveis infâncias*, uma experiência prazerosa que comporta materialidade e alheamento, voz, movimento e silêncio repousante do si mesmo. Como ensejo profícuo para a comunicação consigo e com os outros, o brincar inaugura-se enquanto substituto do entender no tratamento psicanalítico. São os meios e a própria finalidade da análise; um acordo entre a linguagem e a quietude (Phillips, 2006). Toda interpretação fora desta área comunicacional, em que paciente e analista brincam juntos, não faz sentido algum. É a voz de alguém que não está lá, que nada comunica, que só causa confusão. Quando no *setting* analítico existe um brincar mútuo, então segue-se com aquilo que é verdadeiramente terapêutico.

A COMUNICAÇÃO NO CAMPO PSICANALÍTICO FREUDIANO

A Psicanálise, desde sua origem, trabalha com o entendimento de que o sintoma se caracteriza como «substituto do reprimido» (Freud, 1910/1969, p. 42), excluído da consciência por seu caráter imoral, portando uma mensagem a priori incognoscível, sobre a qual o médico deve dedicar-se a examinar. Tratando do que se poderia chamar de uma comunicação silenciosa do sintoma, o processo psicanalítico norteia-se por seu valor comunicacional, de fidedignidade ao traumático, que, por meio de uma condição favorável, de uma «ligação emocional» específica entre médico e paciente (Freud, 1917/2014b, p. 18), possibilita o desvelamento do conteúdo psíquico patogênico, sua elaboração e consequente restituição da saúde do paciente (Freud, 1910/1969). Para tal desenvolvimento, a transferência analítica está colocada como sustentáculo fundamental. Enquanto condição para a transformação de derivados do inconsciente em material consciente, a transferência se processa por meio de experiências psíquicas, «impulsos e fantasias» vividos pelo paciente em suas relações com figuras parentais da infância que são redirecionadas, no presente, para a figura do analista (Freud, 1905/2016, p. 312). Refere-se a uma reedição do passado intrafamiliar, à substituição de uma pessoa importante da vida pregressa do paciente pela pessoa do analista (Freud, 1905/2016), tendo como marca o retorno desses eventos infantis e a certificação do paciente, a partir

da comunicação interpretativa do analista, de sua existência pujante (Freud, 1910/1969). A terapêutica sustenta-se, desse modo, no oferecimento de um espaço em que: «os conflitos intrassubjetivos, também eles restos das relações intersubjetivas da infância, reais ou *fantasísticas*, vão de novo manifestar-se numa relação aberta à comunicação» (Laplanche & Pontalis, 1967/1991, p. 520). Nesse ensejo, estão implicados tanto a comunicação oral do terapeuta, suas orientações relativas à fala livre associativa e suas interpretações, quanto demais elementos comunicacionais tácitos determinantes para o alcance da confiabilidade no *setting*. A transferência dependeria, assim, de elementos mensageiros advindos de uma presença especial do analista, funcionando como legitimadores da possibilidade de ascensão e aquiescência de uma verdade pessoal do paciente, que, em outrora, fora subjugada.

Durante o tratamento psicanalítico, o paciente comunica, sem saber que o faz, aspectos defensivos de sua personalidade, fenômenos encobridores de sua história íntima, sobre os quais o analista se interessa e coloca-se à disposição para escuta e interpretação. Aspectos ligados ao engajamento ou descontentamento com o processo, na lida com afetos ambivalentes projetados em sua figura, compõem este campo multifacetado, cujas intervenções analíticas estão a serviço. Trocando em miúdos, os elementos mensageiros advindos do paciente — lapsos verbais ou de memória, entre outros — conectam-se a elementos mensageiros provenientes do analista, que, por sua vez, comunicam suas condições de receptividade sob circunstância da neutralidade, da abstinência e do manejo da contratransferência, na direção de salvaguardar o paciente de inibições de qualquer ordem. Por meio da associação livre e da capacidade para atenção flutuante, paciente e analista, respectivamente, comunicam-se intersubjetivamente, sendo a palavra interpretativa o centro gravitacional de todo tratamento freudiano.

Da mesma forma que o paciente deve relatar tudo o que lhe vier à mente, o analista precisa se dispor a usar o que paciente expõe, com vias à identificação de conteúdos inconscientes e sua interpretação. Que coloque seu próprio inconsciente em contato com o inconsciente do paciente, ajustando-se: «como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor» (Freud, 1912/2019, p. 156). Sobre tal articulação, Freud (1912/2019, p. 156) pontua: «assim como o receptor

transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, [...] o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente» que motivou as livres associações do paciente.

Sob essa perspectiva, a comunicação entre inconscientes poderia ser favorecida pelo posicionamento do analista, mantendo-se atrás do divã. Dentre outros benefícios, fora da vista do paciente, o analista teria facilidade de entregar-se ao fluxo de seus pensamentos inconscientes, resguardando o atendido naquilo que comunica, da influência de suas feições (Freud, 1913/2019). No curso do atendimento, deve permanecer despreocupado quanto ao que é capaz de registrar mentalmente, com base na compreensão de que aquilo que se ouve no *setting* muitas vezes só é compreendido mais tarde pelo analista (Freud, 1912/2019).

A comunicação é abordada, ainda, em um dos textos germinais do pensamento psicanalítico freudiano. Em *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895/1996), Freud apresenta, dentre outras contribuições, aspectos comunicacionais presentes no início da vida dos indivíduos articulados ao que nomeia de estado de «desamparo inicial» (p. 241). A criança, sob essa condição incipiente, encontra-se em total dependência do outro para sobreviver e experimentar a satisfação de suas necessidades instintuais, sendo que, ao contrário disso, ficaria à mercê de perigos e riscos em sua própria existência. Segundo sua visão, todo organismo humano, no início, depende da sensibilidade de um outro humano, despertada por uma descarga de tensão advinda de estímulos endógenos, configurada na expressão, pela criança, de suas emoções. Tal realidade só pode ser amenizada na presença de um adulto que aja efetivamente na suspensão, ainda que provisória, dessas sensações corporais demasiadamente desagradáveis. De acordo com Freud (1895/1996), essa vereda de descarregamento infantil teria como função subsidiária a comunicação. O adulto, percebendo a dor embutida «nos movimentos desordenados que acompanham o grito do bebê», identifica-se com ele, regressivamente, tomando a via de retorno a sua própria origem e condição de desamparo (Delouya, 2002, p. 86). Ao ser ajudado, «o desamparado [...] fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno», experimentando com isso a satisfação (Freud, 1895/1996, p. 241).

Nesse interjogo de elementos mensageiros, compondo as falas, as expressões de emoções das mais variadas formas, estão colocadas realidades subjetivas que: se não estiverem sob condição de manejo contratransferencial, a serviço dos trabalhos psíquicos necessários para a transposição do silêncio comunicacional do sintoma à palavra reveladora, serão processos a ser metabolizados por um outro humano, na direção da satisfação de necessidades instintuais, do *distensionamento* psíquico, da realização de desejos inconscientes.

A partir do estudo da comunicação na obra freudiana, destacam-se agora seus desenvolvimentos, especialmente em seus aspectos inau-gurais, na teoria de Donald W. Winnicott. Ele enfatiza a comunicação em sua pluridimensionalidade, incluindo seus «opostos» (Winnicott, 1963/1983e, p. 163), que devem ser considerados no processo analítico. Constrói-se, aqui, um caminho de transição epistemológica com efeitos clínicos primordiais: (i) de uma perspectiva baseada no valor comunicacional do sintoma e na posição do analista como intérprete dessa comunicação; (ii) para uma abordagem mais ampla do tema, abrangendo as diferentes possibilidades de comunicação e não comunicação no *setting*, juntamente com manejos clínicos específicos. Sob vieses freudiano e winnicottiano, salienta-se o entendimento do silêncio no processo analítico como marca da disparidade que se engendra na tentativa de articular ambas as teorias. É nesse sentido que a comunicação silenciosa pode assumir a forma de um segredo que atormenta o aparelho psíquico (Freud citado por Gomes, 2018) ou pode ser concebida como um espaço reservado ao «eu» do paciente, permitindo o desenvolvimento da «capacidade de pensar, sonhar e, posteriormente, se comunicar» (Gomes, 2018, p. 1312). Portanto, na consideração desse último ponto, o trabalho do analista é fundamentalmente baseado na ideia de que é igualmente importante para o paciente «saber que ele é livre para estar em silêncio», assim como «é importante que saiba que é livre para falar». Não deve haver privilégio da «fala sobre o silêncio», da «revelação sobre a privacidade», da «comunicação sobre a não-comunicação» (Ogden, 1999, p. 123), como será apresentado nos próximos tópicos.

COMUNICAÇÃO NO CAMPO PSICANALÍTICO WINNICOTTIANO

A comunicação em Winnicott tem como marca sua qualidade multifacetada. Equívocos no entendimento de seus sentidos podem estar associados à complexa magnitude que o caráter paradoxal deste objeto de estudo alcança na teoria winnicottiana. Como um *caleidoscópio* criando imagens com tonalidades, formatos variados e contrastantes, este estudo apresenta as dimensões da comunicação por meio das seguintes combinações elucidativas: a. Comunicação e amálgama mãe-bebê; b. Comunicação e inviolabilidade do *self*; c. Comunicação e relações de objeto; d. Comunicação e relação transferencial no *setting* analítico; e. Comunicação, não comunicação defensiva e *presença viva* do analista.

A. COMUNICAÇÃO E AMÁLGAMA MÃE-BEBÊ

O processo de amadurecimento emocional implica comunicação desde o princípio, quando «o latente e o cuidado materno juntos formam uma unidade» (Winnicott, 1960/1983b, p. 40). A existência do bebê, em seus recursos incipientes e precários, evidencia sua demanda de cuidado ambiental instantâneo e constante. A mãe, em condições favoráveis ao vínculo com o bebê, diante do forte impacto de se ter um ser tão vulnerável e frágil no colo, naturalmente o envolve em uma atmosfera de cuidados sensoriais e afetuosos. Oferecendo seu corpo (em temperatura, tônus, textura), o timbre de sua voz, um certo padrão no manuseio do bebê, ela, pouco a pouco, comunica confiabilidade. Nessa *orquestra afinada* (ou em aprimoramento), *o som do silêncio*⁴ corresponde, de certo modo, a: (i) sei como se sente, está seguro através de mim; (ii) e, da parte do bebê, estou respirando, estou vivo, estou satisfeito com o seu alimento.⁵ Nesse sentido, Winnicott (1963/1983e) apresenta o valor potencialmente comunicacional do bebê estando e permanecendo «vivo», referindo-se a uma «comunicação inicial do latente com a figura materna» (p. 174).

De acordo com Winnicott, no início da vida não existe uma relação íntima entre psique e soma. A integração psicossomática é uma

⁴ Nome de um filme americano, dirigido por Darius Marder (2019), cujo título, em inglês, é *The Sound of Metal*.

⁵ Exposição como forma figurada de ilustrar o caráter vivo e de comunicabilidade do amálgama mãe-bebê.

conquista, dentre outras fundamentais, que contará com a tendência humana para o desenvolvimento e um ambiente que atenda o bebê em suas demandas de cuidado físico e emocional. Quando as coisas vão bem, o recém-nascido, a dispor de uma «estrutura mental bastante complexa» (Winnicott, 1936/1978a, p 112), segue atribuindo sentido, «colorido» às suas experiências corporais (Fulgencio, 2013, p. 153) em um campo intersubjetivo de comunicações silenciosas, próprias da relação mãe-bebê. Partindo de sua hereditariedade e da «elaboração imaginativa das funções corporais» (Winnicott, 1988/1990a, p. 70), a criança alcança, posteriormente, a experiência de existir num corpo seu, inteiro, a partir do qual pode viver criativamente, «tornar-se parte do mundo, usá-lo e contribuir com ele» (Winnicott, 1968/2013b p. 27).

A comunicação estabelecida através do cuidado da mãe de um modo especial, portanto, é a base para o desenvolvimento do indivíduo. Em articulação com as noções de *holding* (Winnicott, 1960/1983b) e *handling* (Winnicott, 1945/1978b), Winnicott destaca as ações repetitivas e contínuas de cuidados dirigidos ao bebê, em que está implicada uma série de atributos maternos, tais como: a empatia, o saber intuitivo sobre as necessidades mais primitivas de ser segurado com vigor, acariciado, embalado; de ser sustentado física e emocionalmente. Sob tal conjuntura, tem-se a consideração das sensibilidades sensoriais do infante, também aquelas relativas ao risco que se corre à margem do «cair para sempre» (Winnicott 1962/1983c, p. 57), de vivenciar «agonias primitivas» (Winnicott, 1994, p. 72). A «mãe suficientemente boa» (Winnicott, 1951/1971b, p. 25) corresponde às necessidades maturacionais do bebê em suas condições de maior ou menor dependência. Quanto mais imaturo o bebê, do ponto de vista de sua ampla necessidade de cuidado, mais a comunicação entre a dupla se dará em um espaço de contato íntimo, corporal, de encontro e troca intersubjetiva, determinante para a experiência de continuidade do ser. Nesse sentido, continuar a ser significa ter saúde, um estado a partir do qual o bebê está preservado da experiência de invasão do ambiente, que, falhando de maneira significativa, levaria a uma reação, uma modificação no estado de ser espontaneamente (Winnicott, 1988/1990b, p. 148). Em seus cuidados rotineiros, inicialmente a mãe propicia a vivência de «situações fragmentárias ou harmoniosas» por

meio da confiança que o bebê vai criando «no fato concreto de o segurarem» (Winnicott, 1968/2013c, p. 86). Esse processo conta, originariamente, com um estado de «preocupação materna primária», de regressão e de identificação da mãe com seu bebê, configurado, essencialmente, pelo acesso a um saber pessoal que a habilita a ir ao encontro das necessidades dele.

No estágio de dependência absoluta do ambiente, ao oferecer o seio exatamente no momento em que o bebê necessita, a mãe o possibilita viver a ilusão de ser seu criador. Ao contribuir para essa experiência originária, ela realiza uma espécie de chamado: «Venha para o mundo de uma maneira criativa, crie o mundo; só o que você criar terá significado para você» (Winnicott, 1968/2013c, p. 90). A criatividade, nesse sentido, está ligada a todo gesto espontâneo do bebê, que, em sua repetição, e no reconhecimento da mãe, que, regredida, o nomeia e o significa, torna possível o prenúncio de um sentido de *self* verdadeiro. O sentir-se vivo é uma consequência da experiência de viver criativamente, dependendo, portanto, de uma comunicação íntima entre a mãe e o bebê, de um estado de ser amalgamado. De contrário, não havendo um ambiente adaptado a sua natureza criativa, na não nomeação e reconhecimento do bebê em suas necessidades, emoções, gestos, este fica impossibilitado de seguir seus processos integrativos (Winnicott, 1971c).

Com efeito, na saúde a mãe comunica-se em sua *presença viva*, correspondente aos elementos de vida no corpo, em sua respiração, seu cheiro e calor, pulsação; no movimento através do qual embala o bebê, adaptado aos dele (Winnicott, 1968/2013c). Por meio da amamentação, as primeiras trocas entre mãe e bebê ocorrem de forma silenciosa, estando implicado o olhar, o sustentar o bebê nos braços, de entre outras ações. Segundo o autor, tal interação ocorre de forma natural, sendo que, não estando ansiosa, a mãe sabe exatamente como segurar seu bebê; permite espontaneamente que ele sinta sua respiração, seu hálito e calor, possibilitando-lhe «sentir que é agradável estar em seu colo» (Winnicott, 1950/2013a, p. 15).

B. COMUNICAÇÃO E INVIOABILIDADE DO SELF

Abrindo um espaço nesse campo de sutilezas, a comunicação também pode assumir um caráter ruidoso se porventura o bebê estiver

perturbado em decorrência de uma inconsistência no cuidado materno. Tal circunstância é passível de ser transformada à medida que, sentindo de alguma forma o que o bebê sente, a mãe, tão logo, o atenda em suas necessidades, reconectando os fios da continuidade em seu existir (Winnicott, 1963/1983e; 1968/2013c).

Tudo o que há de mais importante a ser feito ao bebê é viabilizar, por meio de uma adaptação ativa às suas necessidades, um «isolamento imperturbado» (Winnicott, 1952/1978f, p. 379), um mundo privado e silencioso a partir do qual tornar-se-á possível o desenrolar de atributos maturacionais fundamentais. Sob essa perspectiva, o material bruto do núcleo do *self* é movimento vivo e silêncio processando-se como a «música das esferas» (Winnicott, 1963/1983e, p. 174): irreplicável e inaudível. Enquanto «potencial herdado [...] experimentando a continuidade da existência, e adquirindo à sua maneira e em seu passo uma realidade psíquica pessoal e o esquema corporal pessoal» (Winnicott, 1960/1983b, p. 46), o *self* é para sempre isolado. Nessa direção, ainda que haja um contato extremamente íntimo entre pessoas, todo relacionamento implicará em: «uma ausência de contato, de modo que cada indivíduo manterá, essencialmente, um isolamento absoluto» (Winnicott, 1988/1990c, p. 178).

Safra (2009) faz menção ao fato de, ao longo da vida, existir um anseio humano permanente de regresso a esse isolamento, a uma espécie de estado puro de comunicação silenciosa, de solidão. O que dificulta tal ocorrência são as ansiedades experimentadas no curso da existência que agitam esse estado de ser silêncio, paradoxalmente «vivido como experiência de presença» (p.77). Winnicott dedicou-se a estudar, de modo *sui generis*, esse aspecto do amadurecimento humano. Para o autor, estar só na presença de alguém, sem que essa seja uma experiência inóspita, de solidão absoluta, é uma conquista do crescimento emocional. Tem como base uma relação especial entre a criança que está só e a mãe que está «confiantemente presente», mesmo quando «representada por um berço ou um carrinho de bebê, ou pela atmosfera geral do ambiente próximo» (Winnicott, 1958/1983a, p. 33). Isso se processa de modo que a imaturidade do infante é contrabalanceada pelo ego auxiliar da mãe, tornando possível,

paulatinamente, sua firme introjeção no mundo interno infantil.⁶ Com o tempo, o indivíduo torna-se capaz de estar só sem necessitar da presença constante da mãe ou de algo que a represente. Compreende-se, portanto, que a capacidade de ficar só implica a possibilidade de construção da «crença num ambiente benigno», por meio de uma maternagem «suficientemente boa» (Winnicott, 1958/1983a, p. 34).

Em condições bem menos favoráveis, o que o bebê experimenta (ao invés da continuidade de seu existir) é o efeito do fracasso de adaptação da mãe às suas necessidades, ou seja, uma defesa armada contra tal infortúnio que não o resguarda da perda de ser espontaneamente (movimento vivo e silêncio). Vivida como uma invasão do núcleo silencioso do *self*, a falha materna leva a uma distorção precoce da estrutura da personalidade e a uma «perda do sentido do *self*» (Winnicott, 1952/1978f, p. 380). O indivíduo toma a saída do isolamento, que, ao contrário de lhe proporcionar o usufruto de suas terras mais férteis de sentido íntimo, configura-se em um espaço gélido de retraimento e fuga do mundo (Winnicott, 1988/1990b). O isolado sob baixíssimas temperaturas está permanentemente *na companhia do risco*.

Assim, é próprio da saúde uma movimentação em direção à preservação dessa parte isolada do ser, fonte do sentimento de realidade que com o amadurecimento reflete-se na vida cultural do indivíduo. Este eu privado que não se comunica, espera, ao mesmo tempo, comunicar-se e ser encontrado, tratando-se de um complexo jogo humano «em que é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser achado» (Winnicott, 1963/1983e, p. 169). Nesse sentido, apesar de as pessoas normais se comunicarem e prezarem por isso, da mesma forma precisam que lhes seja garantido um certo isolamento, sendo a parte incomunicável da personalidade para sempre desconhecida e nunca encontrada. Vale destacar que nas doenças menos graves existe sempre uma «não comunicação ativa (reclusão clínica)», em decorrência do fato de a comunicação ligar-se tão facilmente a algum nível de «relações objetais falsas ou submissas». A reflexão que se coloca nesse ponto é que: «a comunicação silenciosa

⁶ Ideia assentada nos estudos de Melanie Klein sobre o objeto bom introjetado, originário da relação primitiva do bebê com o seio materno que o gratifica (posteriormente, incluídos outros objetos, como o pênis) (Klein, 1948/1991).

ou secreta com objetos subjetivos, tendo-se uma sensação de ser real, precisa sobressair periodicamente para restaurar o equilíbrio» (Winnicott, 1963/1983e, p. 167).

C. COMUNICAÇÃO E RELAÇÕES DE OBJETO⁷

A comunicação inicial sob circunstâncias da fusionalidade e mutualidade, aos poucos, cede espaço à comunicação com os objetos do mundo, isto é, a uma comunicação não silenciosa. Como pontua Winnicott (1963/1983e, p. 170), em boas condições ambientais a criança se desenvolve, dispondo, agora, de três vertentes comunicacionais: a comunicação que é permanentemente silenciosa; a «comunicação que é *explícita*, indireta e agradável»; e a comunicação que se estende do brinquedo aos diversos tipos de experiências culturais. Essa etapa do amadurecimento se processa por meio de uma série de acontecimentos, que vale destacar aqui. Como já exposto, na existência humana mais precoce o que se experimenta, sob condições favoráveis, é uma espécie de relacionamento com objetos subjetivos, ou seja, o seio e seus derivados criados pelo bebê na adaptação absoluta da mãe; depois, com os objetos transicionais⁸ e objetos objetivamente percebidos. Partindo de um estado primário de ilusão onipotente, segue-se em direção à experimentação de uma destruição parcial do universo criado pelo bebê. A mãe, que inicialmente efetuou uma adaptação quase que absoluta às necessidades do bebê, agora diminui sua ação adaptativa engrenada com a crescente capacidade do infante de tolerar suas falhas. Compreendida como um progresso do amadurecimento, uma vez que implica o prelúdio de uma existência para lá da bolha subjetiva, tal conjuntura implica, *a priori*, a possibilidade de uma gradual existência psicossomática no mundo, comunicando-se a partir dos efeitos gerados pela falha materna. Ao descobrir, pouco a pouco, sua condição de dependência da mãe-objeto, o bebê vivencia

⁷ A escolha pela não inclusão, aqui, do amálgama mãe-bebê está assentada na compreensão de que, no início da vida, o bebê está sozinho sob os cuidados maternos, não havendo, na saúde, qualquer experiência que se sobressaia à criação e recriação do mundo por ele mesmo.

⁸ Que dizem respeito a um «símbolo da confiança e da união entre o bebê e a mãe» (Winnicott, 1968/2013c, p. 89); um objeto ou fenômeno de sustentação da separação do amálgama materno-infantil.

uma desilusão que lhe renderá não necessariamente um estado de permanente desencanto no mundo, mas o desenvolvimento pessoal de que precisa para levar a vida adiante, mais fortalecido em seu relacionamento com objetos não mais criados por ele. Nesse sentido, «seria justo salientar que é o equilíbrio entre ilusão e desilusão que Winnicott enfatiza, não simplesmente a desilusão e a dor» (Winnicott citado por Alvarez 1994, p. 179). Apesar de essa experiência produzir um estado de humor deprimido na criança pequena (que tem de se haver com os efeitos da percepção do tempo, com as excitações produzidas no contato com amplificadas e complexas formas de relacionamentos), somente por meio dessa «adaptação incompleta» da mãe é possível que os objetos sejam encontrados no mundo externo, tornando-se «tão odiados quanto amados» (Winnicott, 1951/1971b, p. 25). Isso se processa à medida que a criança constata que o objeto sobrevive ao seu ímpeto destrutivo sem retaliar ou se vingar. Nesse caso, a mãe-objeto comunica sua permanência, tendo como reflexo a experimentação, pelo infante, desta mesma condição resiliente. Como elucidação desse aspecto, Winnicott (1969/1971d, p. 126) expõe a sequência de acontecimentos: «Eu te destruí, e o objeto ali está, recebendo a comunicação. Daí por diante, o sujeito diz: Eu te destruí. Eu te amo. Tua sobrevivência à destruição que te fiz sofrer, confere valor à tua existência.» O indivíduo, agora, é capaz de usar o objeto. Quando se pode acreditar, de certo modo, no tempo que ajunta as coisas (em relação aos danos imaginados à mãe), cria-se um círculo benigno.

A título dos processos integrativos de crescimento emocional, tem-se a integração psicossomática, o surgimento da inteligência e o início da mente como uma especialidade da psique no «psique-soma» (Winnicott, 1949/1978d, p. 410). Disso, segue-se todo o processo secundário, a função simbólica, o arranjo do «conteúdo psíquico pessoal [...] base do sonho e das relações vivas» (Winnicott, 1960/1983b, p. 45). À essa altura, já se considera o desenvolvimento da comunicação explícita, incluindo o uso da linguagem. Nesse sentido, ambas formas de comunicação, «explícita que é indireta e a comunicação pessoal e silenciosa», têm seu lugar de importância, «e na área cultural intermediária existe para muitos, porém não para todos, um modo de comunicação que é uma conciliação extremamente valiosa» (Winnicott, 1963/1983e, p. 174).

Sob o vértice do estudo da comunicação, em seus opostos, Winnicott (1963/1983e, p. 167) faz menção a uma «não comunicação simples» e a uma «não comunicação ativa ou reativa»⁹. Como já exposto, a não comunicação simples diz respeito à conquista do estado de «relaxamento próprio de quem se sente bem sustentado» (Dias, 2017, p. 167). Para o autor, não comunicar simplesmente pode ser um atributo da saúde, uma necessidade humana que jamais se encerra, uma possibilidade de distrair-se do mundo, de se recolher na «quietude do campo subjetivo» (Dias, 2017, p. 166-167) sem romper totalmente com a externalidade. Trata-se do ponto de onde parte a comunicação; de «um período de descanso após o qual, e no próprio tempo da pessoa, esta volta a se comunicar» (Phillips, 2006, p. 209). Em sua forma ativa, a segunda diz respeito a: «uma escolha entre comunicar-se ou não, muitas vezes pautada em respostas do bebê para a mãe e da mãe para o bebê, por meio de gestos, expressões ou da linguagem oral em desenvolvimento» (Silva & Peixoto Júnior, 2017, p. 75).

O desenvolvimento da capacidade para relações objetais, incluindo a mudança de um «relacionamento com um objeto subjetivamente concebido para uma relação com um objeto objetivamente percebido», denota uma transformação importante no *status* da criança, que não condiz mais com o de estar fundido, mas com uma relação de dois inteiros (Winnicott, 1960/1983b, p. 45). Do mundo amalgamado para as diversas formas de relacionamento, Eu e Não-eu tem-se uma transição, uma ponte segura que une e separa as diferentes realidades, subjetiva e objetivamente percebida, fortalecendo e enriquecendo o viver psicossomático. Como pontua Winnicott (1962/2013d, p. 53), a vida se torna uma «longa sequência de saídas de cercados, riscos e desafios novos e estimulantes».

D. COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO TRANSFERENCIAL NO SETTING ANALÍTICO

As comunicações que ocorrem no campo dos atendimentos clínicos são da ordem das possibilidades relacionais com objetos subjetivos e objetos objetivamente percebidos, tais como àquelas experimentadas

⁹ Esta última será elucidada mais adiante.

na tenra infância. Nessa rede de oportunidades, insere-se o relacionamento com o analista em sua qualidade transicional, sustentando o «meio do caminho», o trânsito entre aspectos do contato com a realidade objetiva, tendo o relógio como seu representante, e aspectos ligados à sua disposição para compor a produção subjetiva do paciente (Dias, 2017, p. 207). Sobre esta última, ao descrever sua postura no início do tratamento, a título de uma «análise padrão», Winnicott (1962/1983d, p. 152) assegura uma presença adaptada às expectativas do paciente, comunicando-se «da posição em que a neurose (ou psicose) de transferência» o colocava. Um outro exemplo estrito nesse sentido, próprio dos inícios, está contemplado na afirmação de que na(s) primeira(s) entrevista(s) clínica(s), sob a proposta de consultas terapêuticas, a pessoa do analista é um objeto subjetivo para o paciente. Este, de antemão, investe imaginativamente no atendimento como um espaço a partir do qual poder-se-á encontrar alguém confiável para ajudá-lo. O terapeuta, por sua vez, corresponde à tal expectativa, agindo de acordo com uma «noção preconcebida» sobre ele mesmo: possibilita ao paciente sair da sessão sem percebê-lo objetivamente, garantindo-lhe a manutenção preliminar de certa qualidade mágica, de um objeto de criação do próprio paciente. Deste lugar, o analista encontraria maiores chances de estabelecer contato com aquele que chega esperançoso de ser beneficiado, repercutindo na adesão a tal modalidade de atendimento, cuja possibilidade de intervenção terapêutica não está excluída por seu caráter de brevidade (Winnicott, 1971/1984, p. 12–13). Nesse sentido, o autor apresenta aspectos discriminativos essenciais concernentes a casos em que o amadurecimento somente será beneficiado por um tratamento psicanalítico tradicional prolongado, ao passo que, noutros, é possível alguns avanços significativos com uma, duas ou três entrevistas com o analista. A diferença crucial das duas modalidades citadas é que, «na primeira, tenta-se ter a oportunidade de fazer tanto quanto possível», enquanto na segunda a questão que se coloca é: «qual é o mínimo que se precisa fazer?» (Winnicott, 1965/1994, p. 261). A eficiência do trabalho do analista, nessas circunstâncias, está assentada na disposição para ser, ainda que com os «pés na terra» (Winnicott, 1963/1983f, p. 206), aquele (ou aquilo) que o paciente cria em seu íntimo sob ensejo de uma comunicação silenciosa, típica do início do amadurecimento. Além de

tais conjunturas, aspectos relacionais e comunicacionais dessa natureza estão presentes nos casos de regressão à dependência.

O sentido do termo regressão em Winnicott (1954/1978g) articula-se à ideia de um movimento inverso ao crescimento emocional do indivíduo. Ao mesmo tempo, comunica um aspecto progressista do tratamento, uma vez que é através dela que o paciente pode experimentar um novo começo, a reescrita de uma parte significativa de sua história, agora em condições melhores. Na regressão à dependência, estão implicados alguns fatores, tais como: (i) um fracasso primitivo de adaptação ambiental que leve ao desenvolvimento de uma falsa personalidade defensiva, funcionando como uma espécie de zeladoria do *self* verdadeiro; (ii) a esperança no indivíduo, sustentada por sua parte saudável, de encontrar, finalmente, um ambiente que o atenda em suas necessidades emocionais; (iii) o oferecimento efetivo desse ambiente, através do *setting* analítico, seguido da regressão propriamente dita. Esta, que pode ocorrer por um longo período ou momentaneamente, culminaria no *desgelo* da situação traumática mais precoce e na evolução do amadurecimento tanto quanto possível. Destaca-se a possibilidade de que, então, um novo complexo defensivo se recoloca no cenário clínico, demandando um remodelamento do *setting* adaptativo, com características próprias do cuidado materno (sobrevivente) na lida com os afetos ambivalentes do bebê em suas primeiras experiências com objetos do mundo externo. A partir da confiança que a relação transferencial inaugura, o paciente pode, então, revivê-los em segurança, sob cuidados consistentes, sendo capaz de integrá-los à sua personalidade. Sobreviver ao ódio do paciente por um ambiente que não fez, originalmente, sua parte não é uma tarefa fácil. Apesar dos impulsos agressivos, dos ataques e de toda revolta despropositada dirigida ao profissional, resta-lhe fazer o que não foi feito quando a maior necessidade do paciente era a sobrevivência do ambiente materno. Através de sua atitude profissional, ele se aproxima do paciente em seu tempo maturacional, sendo capaz de aceitar o ódio, recebendo-o «com firmeza, ao invés de como vingança» (Winnicott, 1963/1983f, p. 206). Vale salientar que, em casos extremos de adoecimento, a esperança encontra-se *à míngua*, necessitando que o terapeuta exerça, profundamente, sua maternagem, um tipo de cuidado cujo paciente não tem a mínima familiaridade, que é da ordem do inaugural.

Torna-se, portanto, fundamental reconhecer os avanços maturacionais do paciente, assim como a mãe o faz quando o bebê vai se tornando menos dependente da absolutez de seus cuidados. Nesse processo de atravessamento do período de regressão à dependência extrema, está em jogo um novo engendramento: o terapeuta, do lugar de quem comunica a magia da criação do mundo pelo paciente (por meio da totalidade e quase imediatez no atendimento às suas necessidades), passa, agora, a apresentar o tempo, alguns elementos da realidade externa que vão se colocando na sua ausência ou falha limitada. Nesse sentido, Winnicott refere-se a uma falha que não ultrapasse os limites de suportabilidade do paciente. Uma prática que desconsidere aquilo que o paciente consiga tolerar, com seus recursos incipientes, pode ser devastadora.

É através desse fracasso gradual de adaptação, atrelado às condições de maturidade do paciente, que estrutura-se o acesso paulatino à externalidade, o prelúdio de um relacionamento com o analista no lugar de objeto objetivamente percebido. Fundamentalmente, a crescente habilidade do paciente de lançar mão de recursos pessoais para fazer frente às demandas que emergem no campo interacional com os objetos objetivamente percebidos pode ser favorecida por uma série de fenômenos transicionais sob ensejo da relação transferencial. Como no processo de separação mãe-bebê, que implica a percepção materna de que o infante não mais aguarda uma compreensão mágica de suas necessidades, o analista lida com uma nova possibilidade de comunicação no *setting*. Traduzida pela conquista de uma outra forma de transmitir sinais acerca de sua realidade, o paciente pode guiar o analista em suas intervenções. Com raízes no choro do bebê, que pode ter lhe rendido a oportunidade de criar o seio, esta sofisticação da capacidade comunicacional traduz-se pelo atravessamento das fronteiras da onipotência ilusória, tornando possível a conexão com objetos de fora do mundo subjetivo, assim como experiências alternadas e conjugadas da ordem desses dois tipos de relacionamento aqui especificados. Na contramão disso, se o analista for muito sabido, antecipando-se com adivinhações naquilo que o paciente já daria conta de informar por si só, a magia se mantém inalterada, dificultando, assim, o estabelecimento de relações proveitosas no mundo. Winnicott pontua (1960/1983b, p. 50) que, «exceto quando o paciente está em regressão à infância mais precoce e ao estado de fusão», não cabe ao analista o oferecimento de

respostas sem que ele lhe dê indícios, sem que coopere inconscientemente com os próprios progressos clínicos.

Como desdobramento disso, tem-se uma maior disposição para tolerar necessidades do ego e a tensão pulsional. O paciente, ao se restabelecer da regressão, já com o *self* mais integrado, demandará uma «análise comum da forma como é planejada para o manejo da posição depressiva e do complexo de Édipo nas relações interpessoais» (Winnicott, 1954–1955/1978h, p. 480). Assim, nos casos de neurose «pura» (Dias, 2021, p. 15-16), em que se considera a existência de maturidade emocional suficiente para o estabelecimento de relações com pessoas inteiras, faz-se necessário o oferecimento de um espaço terapêutico favorável à conquista e preservação da confiabilidade, ao tráfego seguro e contínuo das comunicações, em suas diferentes naturezas e configurações, salvaguardadas de instabilidades e protocolos que não correspondam à realidade particular dos envolvidos. É nessa direção que as comunicações interpretativas ganham destaque. Ao mesmo tempo, deve-se ter em mente que estas, em Winnicott (1968/2013c), permanecem valorosas muito mais na forma, como são realizadas, do que em seu conteúdo. Para o autor, independentemente do grau de imaturidade do paciente, tratando-se de uma criança ou de um adulto, a comunicação interpretativa configura-se como «extensão sofisticada do cuidado infantil» (Phillips, 2006, p. 196). Logo, cabe ao terapeuta a substituição de uma prática *decodificadora da subjetividade*, tal como a apresentada em Freud, por outra que favoreça a experiência do brincar,¹⁰ o senso de humor, a lida com fenômenos e objetos transicionais que surgem no campo analítico. Assim, a principal característica do *setting* não é estritamente a troca verbal, sendo que, sob tal perspectiva, a conversação é apenas uma parte de toda a história (Phillips, 2006).

E. COMUNICAÇÃO, NÃO COMUNICAÇÃO DEFENSIVA E PRESENÇA VIVA DO ANALISTA

Há pacientes que «não vivem o silêncio como experiência de presença, mas sim, como experiência de queda». Nesses casos, o silêncio é tão ameaçador que coloca o indivíduo frente a frente com uma «agonia

¹⁰ Que, nesse sentido, substituiria o entender (Phillips, 2006); considerado «por si só uma terapia» (Winnicott, 1971a, p. 74).

impensável» (Safra, 2009, p. 77). Winnicott (1963/1983e) chama a atenção para o fato de que, nesse tipo de análise, uma fase de silêncio pode ser a principal contribuição do paciente ao tratamento, ficando, para o analista, a tarefa de esperar até que seja possível sua passagem. Desse lugar de objeto subjetivo, na sutileza de sua presença, o analista deve ser cauteloso, manter-se em condição de acompanhar o paciente dedilhando as cordas de sua própria existência. Deve manter-se aberto à captação de ondas sonoras advindas do silêncio do núcleo do verdadeiro *self* do paciente, «absolutamente pessoal» (Winnicott, 1963/1983e, p. 171). Quando o paciente permite que o analista testemunhe seu navegar pelas águas mais profundas de seu ser, o que se avista na linha do horizonte é a ocorrência de duas possibilidades: a de um perigo iminente de naufrágio, ou a de um alívio revigorante por, finalmente, poder atracar em terra firme. A primeira delas, como já citada, exemplifica-se por uma interpretação antecipada do analista «ao invés de esperar que o paciente descubra criativamente» o que está acontecendo no *setting* (Winnicott, 1963/1983e, p. 171). O perigo se encontra no ponto em que o analista ainda não mudou de objeto subjetivo para objetivamente percebido, tornando-se subitamente não-eu. Deste ponto, a mensagem transmitida é de que o analista sabe demais sobre o paciente, expondo-o a uma condição de *carne viva* no mundo compartilhado. Assim, estando próximo demais da comunicação «com o núcleo central quieto e silencioso» do *self* do paciente, o terapeuta tem de se haver com as defesas que emergem no campo analítico contra tal ameaça (Winnicott, 1963/1983e, pp. 171–172). Por outro lado, se o analista se comporta bem deste lugar de objeto subjetivo, esperando o tempo que o paciente precisa para ser capaz de objetificá-lo, tem-se um bom prognóstico.

No tratamento psicanalítico a pacientes com características psicóticas, o divã e o calor, próprios da maternagem suficientemente boa, comunicam fisicamente o «amor do analista»: o primeiro, na função de colo e de útero; o segundo, de contato com o calor de seu corpo (Winnicott, 1947/1978c, p. 347). O analista, na condição de *presença viva*, considera que o que se engendra em casos como este é a marca do infortúnio deflagrado por um modo precário de perceber a externalidade, tendo como consequência o estabelecimento de uma cisão da personalidade. Na organização de uma defesa como a do falso-*self*

patológico, por exemplo, atuando de maneira cindida e não integrada ao ego total, o que se experimenta é uma existência inconsistente. Sua sustentação, que não deixa de ser fútil e vazia de um sentido verdadeiro de *self*, estrutura-se por meio de uma hipertrofia mental no trato com um ambiente coercitivo cuja adaptação e submissão colocaram-se como caminho radical. Nesse sentido, o que está em jogo, essencialmente, é uma divisão das relações objetais do infante: uma parte relaciona-se com objetos objetivamente percebidos por meio de um falso *self*; e a outra metade, com objetos subjetivos, «ou com fenômenos simples baseados em experiências corporais». A semântica da comunicação neste último caso é uma não possibilidade de comunicação que envolva a parte do *self* verdadeiro e que Winnicott vai chamar «não comunicação reativa» (Winnicott, 1963/1983e, p. 167). Trata-se de uma espécie de negativo da comunicação por meio de uma derivação com propriedades do ambiente, não do si-mesmo do indivíduo. Grosso modo, isso seria o mesmo que dizer: se o ambiente não é capaz de adaptar-se às necessidades maturacionais do infante, então é ele quem deve assumir esta tarefa. Como analogia, trata-se, aqui, do uso de uma língua não materna, estrangeira no próprio território bipartido do indivíduo. No lugar da confiabilidade, o que se instala é «um padrão de invasões» às quais o indivíduo tem de reagir, ocorrendo uma perda de sentido de ser, somente suscetível de ser restaurada por um regresso à condição de isolamento. Desse ponto, o isolamento, enquanto núcleo silencioso e para sempre incomunicável, já não favorece o indivíduo, uma vez que vai se tornando «uma organização defensiva, e não mais uma possibilidade de descanso advinda da confiança» (Dias, 2017, p. 168). Sob tal circunstância, segue-se na contramão da ilusão, que é o campo salutar da criatividade primária e do viver espontâneo, reagindo ao custo da perda desses atributos, a partir do enrijecimento marcante dessas defesas frente a uma ameaça de *arrombamento* do núcleo do ser. É nesse sentido a afirmação de que Winnicott organiza sua teoria em torno daquilo que se poderia chamar de «catástrofe essencial», caracterizada por uma ameaça de «aniquilação do *self* central pela intrusão, pela falha de sustentação ambiental» (Phillips, 2006, p. 209), levando a um ocultamento ainda maior do *self* secreto, que, em casos ainda mais extremados, chega à esquizofrenia infantil (Winnicott, 1963/1983c).

Nos atendimentos terapêuticos, há de se considerar um aspecto comunicacional que é condição para saúde: somente através de uma comunicação silenciosa ou secreta com objetos subjetivos a sensação de ser real se inaugura (Winnicott, 1963/1983e). Esta situa-se primariamente no diálogo silencioso dos corpos em contato, entre a mãe e o bebê, e, posteriormente, na clínica, entre o analista e o paciente. Somente através desta não-comunicação se torna possível uma conexão, não em seu estado bruto, mas em seu estado verdadeiro, com o núcleo do *self* sempre isolado (Coelho Jr. & Barone, 2007). Nas palavras de Caldwell (2018, p. 234), Winnicott enfatiza não somente a aceitação da ambivalência implicada no reconhecimento do desejo do paciente de se comunicar ou não se comunicar, mas também o papel do analista enquanto facilitador de sua necessidade «de não ser reconhecido em horários específicos».

Como mais uma contribuição, a partir de Roussillon (citado por Campos & Fulgêncio, 2020, p. 326), a atenção do analista se dirige «ao campo da sensorialidade, tanto no que se refere ao corpo do paciente, seus movimentos, variações de tom de voz, mudanças de tônus durante a sessão, como à percepção de seu próprio corpo sendo afetado pelo contato estabelecido entre a dupla». Segundo os autores, por meio da inserção do plano sensorial na cena analítica aspectos transferenciais passam a demandar do analista, «além de sua capacidade de representar e simbolizar», uma habilidade de elaboração imaginativa «de suas próprias sensações corporais», contribuindo para que o paciente alcance «seu *self* verdadeiro e, conseqüentemente, a sensação de estar vivo» (Roussillon citado por Campos & Fulgêncio, 2020, p. 327).

De modo geral, na clínica há de se considerar uma graduação, uma espécie de roupagem maleável da comunicação que vai ganhando a forma dos tipos de relacionamentos objetais implicados em cada encontro terapêutico, em cada fase do amadurecimento, nos diferentes níveis de qualidade do cuidado endereçado ao analista. Cabe ressaltar, ainda, que a regressão transferencial a estádios primitivos do desenvolvimento, em seus contornos e demandas comunicacionais, não é um acontecimento exclusivo das patologias severas, sendo relevante o entendimento de que não é necessário que se esteja muito adoecido para uma vez ou outra «ser um bebê durante a sessão

analítica» (Winnicott, 1949/1978e, p. 323). Tal fato se estende, ainda, na proposição de que Winnicott suspeitara de casos puramente neuróticos, já que lhe parecia nítido que a maneira como defesas neuróticas eram erguidas e enrijecidas baseava-se, intensa ou minimamente, na história pré-edipiana do indivíduo, antes da possibilidade do estabelecimento de relações triádicas (Winnicott citado por Dias, 2021, p. 16). Fundamentalmente, o que se coloca em questão aqui é a tarefa complexa de identificação da idade do paciente no presente da relação transferencial, seus modos de comunicação atrelados às respectivas demandas de correspondência; um certo traquejo ocupacional, traduzido pelo alargamento e adaptabilidade das condições de presença do analista. Nesse sentido, o analista permanece «vivo» e «desperto» (Winnicott, 1962/1983d, p. 152), podendo encontrar o paciente na sua própria idade na maior parte do tempo, alcançando tudo de que necessita por meio de lembranças e fantasias manifestadas de maneira adulta, ou então terá de admitir a necessidade de uma análise mais profunda, a partir da qual muito do que será comunicado não tratar-se-á de uma «descrição imediata do que está ocorrendo em palavras» (Winnicott, 1949/1978e, p. 323). Isso posto, torna-se cada vez mais clara a consideração de que na clínica o amadurecimento não se apresenta de maneira linear; dispõe-se ciclicamente, sendo o indivíduo capaz de ter «todas as idades, ou nenhuma» (Winnicott, 1960/2011, p. 71).

Desta feita, torna-se essencial que o terapeuta transponha os limites estagnantes de uma prática fundamentada na indicação diagnóstica, para adentrar uma área a partir da qual é testemunha viva das geleiras que se ergueram contra ameaças de desordem ao núcleo do *self*; sobrevivente às avalanches destrutivas que sucederam a regressão à dependência no *setting*. Sobre esse aspecto, o autor apresenta um caso em que uma de suas pacientes crava as unhas em sua mão, levando-o à expressão: «Uau!» Segundo ele, nessa interpretação não estava implicada, fundamentalmente, a utilização de recurso intelectual, mas possibilitou à paciente perceber que sua mão «estava viva», que era parte dele e que estava ali para ser usado (Winnicott, 1968/2013c, p. 85).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Donald W. Winnicott trouxe à comunicação aquilo que se denomina, neste trabalho, de caráter *caleidoscópico*, configurado pela amplitude semântica do termo, em sua pluridimensionalidade, contornos, tonalidades complementares e contrastantes. Enquanto em Freud a comunicação mais relevante ao processo analítico é a que está por trás do sintoma e de outras formações do inconsciente, em Winnicott trata-se da que é própria da experiência de continuar a ser, paradoxalmente, incomunicável. Nesse sentido, os processos de saúde, mais do que significarem o desvelamento e a elaboração de conteúdos infantis reprimidos, estão marcados pela possibilidade de sentir-se real, de viver criativamente tendo o núcleo de *self* preservado, para sempre isolado. O analista, partindo dessa concepção, busca compreender as possibilidades relacionais do paciente com objetos subjetivos, transicionais e objetivamente percebidos, recebendo as comunicações e não comunicações que lhes são próprias para nortear-se em sua forma de cuidado. Precisa estar atento cuidadosamente ao detalhe que se apresenta no *setting*, assim como ao que «não se apresenta ou que está apenas remota e indistintamente visível» (Alvarez, 1994, p. 26). Considera os recursos de cada indivíduo, tendo como ponto de partida o que se herdou da necessidade primitiva de estar amalgamado com a mãe; do processo inicial de discriminação Eu e Não-Eu e seu desenvolvimento; de complexas experiências com objetos e pessoas na realidade compartilhada, incluindo suas condições para a conciliação entre demandas do mundo interno e externo.

No adoecimento por falha ambiental primitiva, ao analista caberá uma *presença viva* e a transposição da comunicação interpretativa tradicional. É imprescindível que a palavra ganhe destaque mais por sua função de sustentação — como tantas outras formas de acolhimento, incluindo o silêncio — do que de tradução do conteúdo inconsciente. Nesse campo clínico, o paciente contará com o analista para, enfim, depender em segurança; com sua alta habilidade para uma comunicação que não seja, necessariamente, explícita. Até que se alcance um lugar confortável para se estar (na morada do si mesmo), a partir do qual tornar-se-á possível enriquecer-se das interações com objetos do mundo compartilhado, o analista precisará suportar não ser considerado como a pessoa que é. Deve aceitar não ser encontrado

pelo paciente, estar sozinho na presença gélida de alguém cuja membrana de possibilidades comunicacionais não tem poros de saída nem entrada. Precisa permitir ser usado como objeto subjetivo, recebendo do paciente sua existência disforme e sendo tolerante a seus ataques destrutivos, na confiança de que, somente depois e dessa forma, sobrevivendo mesmo a esses mecanismos, o analista poderá testemunhar, junto ao paciente, seu despontar como pessoa no horizonte das possibilidades de experiência compartilhada. Nesse sentido, o analista deve portar-se tal qual a mãe que não se comunica com seu bebê a não ser do lugar de objeto criado por ele; que espera até que seja possível ao bebê percebê-la no mundo externo, salvaguardando-o de, subitamente, ter de se deparar com um não-eu perigoso, porque demasiadamente próximo do núcleo silencioso do *self*.

Por outro lado, quando o analista já compõe o mundo dos relacionamentos com objetos objetivamente percebidos, estando implicado o fato de já ter-se tornado capaz de estabelecer diferentes formas de comunicação, incluindo a linguagem, instala-se um período transitório no qual objetos e fenômenos transicionais ganham corpo e lugar transferencialmente. Torna-se vitalmente importante que o terapeuta, então, seja capaz de brincar junto com o paciente, através de seu senso de humor e de outras experiências compartilhadas criativamente. A psicoterapia, nesse sentido, está posta como «uma forma altamente especializada de brincar a serviço da comunicação com si mesmo e com os outros» (Winnicott, 1971a, p. 63), sendo que, onde não é possível o brincar, o trabalho terapêutico deve dirigir-se à possibilidade de «trazer o paciente [...] para um estado em que o é» (p. 59).

Sob um complexo arsenal de novas considerações, entre se comunicar e não se comunicar no *setting*, ressalta-se aqui o papel do analista como uma espécie de guardião da inviolabilidade do verdadeiro *self*, também como participante de um espaço potencialmente criativo, favorável a experiências de autenticidade. Como questiona Rodman (2006, p. 125): «Será que ele [o analista] nunca esquece que como seres humanos tanto ele como seu paciente estão no mesmo barco?»

Por último, é relevante destacar algumas experiências que ilustram formas de comunicação e não comunicação por parte dos pacientes, os quais foram identificados com nomes fictícios, lembradas pelas

autoras durante a elaboração deste artigo. (i) O *setting* que se impregna, por meses, com a superficialidade de Rafael, cujas palavras parecem não transmitir nada de seu território íntimo, assemelhando-se a ruídos sonoros advindos de uma terra inóspita. Isso desafia a analista em sua capacidade de sobreviver nesse campo, *sem água e sem comida*, de permanecer à espera de um alimento que, a partir de sua disposição para recebê-lo, ofereça vitalidade à relação. (ii) As faltas intercaladas de Ana, que mais comunicam uma necessidade de recolhimento, de não comunicação, do que uma resistência ao trabalho analítico, convocando a analista a manter-se pronta, *a mesma*, para recebê-la em seus retornos. Qualquer interpretação ou tentativa de sinalizar a importância da frequência na terapia seria equivalente a não reconhecê-la em sua necessidade de silêncio, de pausa. (iii) Marta e Pedro, que aparentam chegar lentamente, comunicando a necessidade de não serem abruptamente encontrados pela analista. Eles que passam parte da sessão falando de amenidades até estarem prontos para um encontro mais significativo, resguardados na inviolabilidade de seus *selves*.

ABSTRACT: *Emotional development implies the need for communicational exchange from its base. In human relationships, implicit and explicit communications are at stake, extending from the field of mother-infant relationships to adult interpersonal relationships, including cultural experiences. Under the auspices of clinical care, the therapist deals with non-communicative aspects of human existence, reflected both in non-communication present in pleasant states of stillness and relaxation and in defensive withdrawal in the face of the threat of annihilation of the central core of the personality. Also noteworthy is the state of permanent isolation and incommunicability that is characteristic of the true self, in favor of which the therapist is directed as a guardian and not as an interpreter, fundamentally. In this sense, this article presents a reflection on the theory of communication and its opposites in the psychoanalytic work of Donald W. Winnicott, aiming to describe it in its semantic range and clinical applicability. It presents as a contribution the deepening of the theme from elucidative combinations that articulate communication to theoretical-experiential conjunctures, such as: mother-baby amalgam; inviolable core of self; object relations; transference relationship in the analytic setting; non-defensive communication and the analyst's living presence. It is hoped that this study can contribute to future research on the subject.*

KEYWORDS: *communication; subjectivity; psychoanalytic clinic; Winnicott.*

REFERÊNCIAS

- Alvarez, A. (1994). *Companhia viva: Psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes maltratadas*. Artes Médicas Sul.
- Caldwell, L. (2018). A Psychoanalysis of Being: An Approach to Donald Winnicott: A Psychoanalysis of Being. *British Journal of Psychotherapy*, 34(2), 221–239.
- Campos, M. R. B. & Fulgencio, L. (2020). A elaboração imaginativa na origem da vida psíquica e suas implicações clínicas. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 27(2), 313–331. <https://revista.sppa.org.br/RPdaSPPA/article/view/488>.
- Coelho Jr., N. E. & Barone, K. C. (2007). A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(3), 88–100. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000300009&lng=pt&tlng=pt.
- Delouya, D. (2002). Acerca da comunicação: entre Freud (1895) e Klein (1946). *Ágora*, 5(1), 79–90. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982002000100006>
- Dias, E. O. (2017). *A teoria do amadurecimento de Donald W. Winnicott*. DWW Editorial.
- Dias, E. O. (2021). *As competências do terapeuta winnicottiano*. DWW Editorial.
- Freud, S. (1969). Cinco lições de psicanálise. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 11, , pp. 17–65). Imago. (Original publicado em 1910 [1909].)
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 1, pp. 212–297). Imago. (Original publicado em 1895.)
- Freud, S. (2014a). Uma dificuldade no caminho da Psicanálise. Em *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 14, pp. 179–187). Companhia das Letras. (Original publicado em 1917.)
- Freud, S. (2014b). Os atos falhos. Em S. Freud, *Conferências introdutórias à psicanálise* (vol. 13, pp. 15–87). Companhia das Letras. (Original publicado em 1917.)
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos. Em *Edição Standard*

- Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 6, pp. 307–320). Companhia das Letras. (Original publicado em 1905.)
- Freud, S. (2019). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 10, pp. 147–162). Companhia das Letras. (Original publicado em 1912.)
- Freud, S. (2019). Início do tratamento. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 10, pp. 163–192). Companhia das Letras. (Original publicado em 1913.)
- Freud, S. (2019). A perda da realidade na neurose e na psicose. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 16, pp. 193–226). Companhia das Letras. (Original publicado em 1924.)
- Fulgencio, L. (2013). Ampliação winnicottiana da noção freudiana de inconsciente. *Psicologia USP*, 24(1), 143–164. <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/55994/59367>
- Gomes, S. (2018). Silêncio e segredo: sobre o desenvolvimento da capacidade de pensar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(4), 1310–1333. Doi: <https://doi.org/10.12957/epp.2016.33456>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1991). *Vocabulário de psicanálise* (P. Tamen Trad.). Martins Fontes. (Original publicado em 1967.)
- Ogden, T. H. (1999). *Reverie and interpretation: sensing something human*. Karnac Books.
- Phillips, A. (2006). *Winnicott* (A. Siedschlag, Trad.). Coleção Psicanálise Século 1. Ideias & Letras.
- Rodman, R. (2006). O verdadeiro self do analista. Em I. F. Motta (Ed.), *Psicanálise no século XXI: As conferências brasileiras de Robert Rodman* (pp. 117–138). Ideias & Letras.
- Safra, G. (2009). Dimensões do silêncio: a constituição do si mesmo e perspectivas clínicas. Em *Conferência comemorativa do aniversário de 40 anos do CPRJ*. https://www.cprj.com.br/imagenscadernos/06.Conferencia_de_Gilberto_Safra.pdf
- Silva, S. G. & Peixoto Júnior, C. A. (2017). A Teoria da comunicação no pensamento clínico de Donald W. Winnicott. *Cadernos de Psicanálise*, 39(36), 65–83. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952017000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Winnicott, D. W. (1971a). O brincar: uma exposição teórica. Em D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade*. (pp. 59–77). Imago.

- Winnicott, D. W. (1971b). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. Em D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 13–44). Imago. (Original publicado em 1951.)
- Winnicott, D. W. (1971c). A criatividade e suas origens. Em D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 95–120). Imago.
- Winnicott, D. W. (1971d). O uso de um objeto. Em D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 121–131). Imago Editora. (Original publicado em 1969.)
- Winnicott, D. W. (1978a). Apetite e perturbação emocional. Em D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 111–137). Francisco Alves. (Original publicado em 1936.)
- Winnicott, D. W. (1978b). Desenvolvimento emocional primitivo. Em D. W. Winnicott *Da pediatria à psicanálise* (pp. 269–285). Francisco Alves. (Original publicado em 1945.)
- Winnicott, D. W. (1978c). O ódio na contratransferência. Em D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 341–353). Francisco Alves. (Original publicado em 1947.)
- Winnicott, D. W. (1978d). A mente e sua relação com o psique-soma. Em D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 409–425). Francisco Alves. (Original publicado em 1949.)
- Winnicott, D. W. (1978e). Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. Em D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 313–339). Francisco Alves. (Original publicado em 1949.)
- Winnicott, D. W. (1978f). Psicose e cuidados maternos. Em D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 375–387). Francisco Alves. (Original publicado em 1952.)
- Winnicott, D. W. (1978g). Retraimento e regressão. Em D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 427–435). Francisco Alves. (Original publicado em 1954.)
- Winnicott, D. W. (1978h). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. Em D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 459–481). Francisco Alves. (Original publicado em 1955.)
- Winnicott, D. W. (1983a). A capacidade para estar só. Em D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (Trad. I. C. S. Ortiz, pp. 31–37). Artes Médicas. (Original publicado em 1958.)
- Winnicott, D. W. (1983b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. Em D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a*

- teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 38–54). Artes Médicas. (Original publicado em 1960.)
- Winnicott, D. W. (1983c). A integração do ego no desenvolvimento da criança. Em D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 55–61). Artes Médicas. (Original publicado em 1962.)
- Winnicott, D. W. (1983d). Os objetivos do tratamento psicanalítico. Em D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 152–155). Artes Médicas. (Original publicado em 1962.)
- Winnicott, D. W. (1983e). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. Em D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 163–174). Artes Médicas. (Original publicado em 1963.)
- Winnicott, D. W. (1983f). Os doentes mentais na prática clínica. Em D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 196–206). Artes Médicas. (Original publicado em 1963.)
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. (J. M. X. Cunha, Trad.). Imago. (Original publicado em 1971.)
- Winnicott, D. W. (1990a). O conceito de saúde a partir da teoria dos instintos. Em D. W. Winnicott, *Natureza humana* (Davi Litman Bogomoletz, Trad., pp. 69–83). Imago. (Original publicado em 1988.)
- Winnicott, D. W. (1990b). Os estados iniciais. Diagrama do conjunto ambiente-indivíduo. Em D. W. Winnicott, *Natureza humana* (Davi Litman Bogomoletz, Trad., pp. 147–152). Imago. (Original publicado em 1988.)
- Winnicott, D. W. (1990c). O ambiente. Em D. W. Winnicott, *Natureza humana* (Davi Litman Bogomoletz, Trad., pp. 173–179). Imago. (Original publicado em 1988.)
- Winnicott, D. W. (1994). O valor da consulta terapêutica. Em D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (J. O. A. Abreu, Trad., pp. 244–248). Art-med. (Original publicado em 1965.)
- Winnicott, D. W. (2011). Agressão, culpa e reparação. Em D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (P. Sandler, Trad., pp. 69–79). Martins Fontes. (Original publicado em 1960.)
- Winnicott, D. W. (2013a). Saber e aprender. Em D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, Trad., pp. 13–18). Martins Fontes. (Original publicado em 1950.)

- Winnicott, D. W. (2013b). A amamentação como forma de comunicação. Em D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, Trad., pp. 19–27). Martins Fontes. (Original publicado em 1968.)
- Winnicott, D. W. (2013c). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. Em D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, Trad., pp. 79–92). Martins Fontes. (Original publicado em 1968.)
- Winnicott, D. W. (2013d). A criança de cinco anos. Em D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (M. B. Cipolla, Trad., pp. 49–57). Martins Fontes. (Original publicado em 1962.)