

RABISCO



REVISTA DE PSICANÁLISE

VOLUME 13 - NUMERO 1 - JUNHO 2024

O SER E O MUNDO

SEMINÁRIOS
WINNICOTT
PORTO ALEGRE - RS

RABISCO

REVISTA DE PSICANÁLISE

Volume 13, Número 1 — Porto Alegre — Junho de 2024

SEMINÁRIOS

WINNICOTT
PORTO ALEGRE - RS

© 2024 – Rabisco Revista de Psicanálise

www.rabisco revista.com.br

ISSN 2966-134X

SEMINÁRIOS
WINNICOTT
PORTO ALEGRE - RS

Avenida 24 de Outubro, 838/306

Porto Alegre - RS - Brasil

Revisão: Cleon Cerezer
e Bibiana Malgarim

Produção gráfica e editorial

Studio I

(51) 98503.8660

Rabisco Revista de Psicanálise. – Vol. 1, n.0 (maio 2011)- . –
Porto Alegre : Seminários Winnicott POA, 2011- . .
Anual.

Texto em português e espanhol.

Editor: Seminários Winnicott POA – RS.

De 2011 a 2019 versão impressa. No ano de 2022 não
foi publicada.

A partir de 2020 somente versão on-line.

ISSN 2966-134X

1. Psicanálise I. Seminários Winnicott POA II. Título

CDU 159.964.2 (05)

Catálogo na fonte: Patrícia Guariglia Sousa Cerezer CRB-10/1592

Comissão Editorial

Adriana Mendonça

Beatriz Borges Forthes Kroeff

Bibiana Malgarim

Cleon Cerezer

Denise Souza

Jussara Ramos Zanetti

Luiza Moura

Marcia Zart

Michele Melo Reghelin

Conselho Editorial Internacional

Adriana Anfusso (Uruguai)

Gabriela Goldstein (Argentina)

Jacqueline Amati-Mehler (Itália)

Joseph Knobel Freud (Espanha)

Leonor Valenti (Argentina)

Pablo Abadi (Argentina)

Raquel Goldstein (Argentina)

Saúl Peña K. (Peru, in memorian)

Sonia Abadi (Argentina)

Rodrigo Rojas (Chile)

Gonzalo Lopes (Chile)

Guillermo Carvajal (Colômbia)

Jani Santamaria (México)

Conselho Editorial Nacional

Afrânio Matos Ferreira (SP)

Ana Leão (PR)

Anna Melgaço (RJ)

Luciana Godoy (SP)

Márcia Mendes (MS)

Neyza Prochet (RJ)

Ruth Goldemberg (RJ)

Sandra Baccara (DF)

Suely Duék (RJ)

Sueli Hisada (SP)

Vera Marieta Fischer (PR)

As opiniões expressas nos artigos deste periódico
são de inteira responsabilidade de seus autores

EDITORIAL

Esta edição é dedicada a Saul Peña Kolenkautsky, um amigo, colega inesquecível, a alegria em pessoa e, ao mesmo tempo, com a seriedade da história da Psicanálise atravessada na sua prática clínica, trajetória e formação. Nascido em 23 de agosto de 1932, “esteve vivo até a hora de sua morte” em 4 de dezembro de 2023. Membro fundador da Sociedade Peruana de Psicanálise, onde foi muito atuante, supervisionou pessoalmente com D.W. Winnicott durante sua formação psicanalítica na Sociedade Britânica de Psicanálise – onde também conviveu com Marion Milner e Masud Khan, entre outros. Esta edição da Rabisco homenageia o grande mestre, colega e amigo, que fazia parte de nosso Conselho Editorial Internacional e deixou sua importante contribuição histórica para a Psicanálise latino-americana. Na seção História desta edição, publicamos um artigo de Saul, em versão original, para apreciação dos leitores. O texto foi entregue por ele mesmo para que o publicássemos oportunamente, após sua participação no Encontro Latino-americano de Winnicott, em 2019, em Porto Alegre (RS).

A Rabisco Revista de Psicanálise, em seu número 13, sob a temática “O ser e o mundo”, coincidente com a proposta do IX Encontro Gaúcho sobre Winnicott, apresenta artigos de colegas que dedicaram-se significativamente para nos inserir em suas trajetórias de

pensamentos e inquietações. A revista apresenta como primeiro artigo o material da colega Suely Duék, intitulado “A conversa que ronda a casa de cada um: um papo com Winnicott”, no qual traz uma experiência pessoal e uma proposta problematizadora de reflexão. Em “Problema na família, quem não tem?: a Ciranda da Bailarina”, Caroline Pinto Paiva traz à tela um caso clínico e questionamentos sobre até aonde as psicanálises dão suporte para as intervenções na clínica. Já em “O vir-a-ser do analista/terapeuta e o entre-nós dos encontros: possíveis espaços de (trans)formação”, Claudia Spieker Azevedo elucida o amadurecimento do analista ao longo dos próprios processos analíticos.

Em sequência, “Mães atípicas: entre desamparos e organizações defensivas, a busca por um lugar”, de Luciana Macedo Donadeli e Rafaela Ribeiro Maneira, propõe sobre o “lugar ou não-lugar” emocional das mães de crianças com diagnóstico de TEA. No artigo seguinte, a partir de um conceito chave na obra de Winnicott, as autoras Luciana Fim Wickert e Bárbara Elisa Zwetsch apresentam a reflexão “Das falhas dos cuidados parentais que criam dor à criação de novos arranjos existenciais: a importância do espaço analítico suficientemente bom”. Em seguida, a autora Marisa Cintra Bortoletto traz construções clínicas com visitas a vários psicanalistas contemporâneos sobre “Isolamento, patologia e os sustos do psicoterapeuta”, inovador e o humano de quem atende e de quem é atendido.

“Diante da vida, o inesperado” é o artigo seguinte, de Patrícia Wolff Müller, Carmen Morgana Scheffel Fleck e Carina Daudt, não só sobre observação de bebês (Método Bick), mas também sobre os inesperados cenários vivenciados ainda durante a recente pande-

mia mundial. Em “Ambiente e Holding em uma cena de interação naturalística mãe-bebê no nordeste brasileiro”, Paulo Vinícius Ávila Nóbrega discute a teoria de Winnicott no que concerne a relação mãe-bebê. E o artigo de Vaneila Buaszik, sobre “O tempo de Clarice a possibilidade de um novo tempo”, desfecha a seção dos artigos dessa edição da Rabisco com a proposição da importância da “relatividade” do tempo interno/externo das sensibilidades inerentes durante um tratamento terapêutico.

Na seção Gesto Espontâneo, apresentamos a sensível história da colega Charbelle Jabbour, que traz a experiência de uma regressão profunda vivida na própria análise pessoal. Intitulado “Retrospectiva analítica: uma experiência de regressão”, o artigo aborda a saída da “dependência absoluta e relativa” e a conquista de um *self* inteiro por parte da autora. Um texto genuinamente espontâneo com a seção merece.

A Revista Rabisco tem o propósito de compartilhar com a comunidade de estudiosos da psicanálise winnicottiana artigos e materiais de colegas igualmente comprometidos com essa perspectiva. Entretanto, nunca é somente sobre textos. É também sobre experiências, afetos, sobre pessoas. Agradecemos a cada um de vocês, autores e leitores, que contribuem com nossa existência no mundo.

Boa leitura!

Os Editores

SUMÁRIO

1. A CONVERSA QUE RONDA A CASA DE CADA UM: UM PAPO COM WINNICOTT Suely Duék	10
2. ‘PROBLEMA NA FAMÍLIA QUEM NÃO TEM?’: A CIRANDA DA BAILARINA Caroline Pinto Paiva	19
3. O “VIR A SER” DO ANALISTA/ TERAPEUTA E O “ENTRE NÓS” DOS ENCONTROS: POSSÍVEIS ESPAÇOS DE (TRANS) FORMAÇÃO Claudia Spieker Azevedo	26
4. MÃES ATÍPICAS: ENTRE DESAMPAROS E ORGANIZAÇÕES DEFENSIVAS, A BUSCA POR UM LUGAR Luciana Macedo Donadeli Rafaela Ribeiro Maneira	39
5. DAS FALHAS DOS CUIDADOS PARENTAIS QUE CRIAM DOR À CRIAÇÃO DE NOVOS ARRANJOS EXISTENCIAIS: A IMPORTÂNCIA DO ESPAÇO ANALÍTICO SUFICIENTEMENTE BOM Luciana Fim Wickert Bárbara Elisa Zwetsch	50

6. ISOLAMENTO, PATOLOGIA E OS SUSTOS DO PSICOTERAPEUTA	
Marisa Cintra Bortoletto	63
7. DIANTE DA VIDA, O INESPERADO	
Patrícia Wolff Müller Karen Morgana Scheffel Fleck Carina Daudt	78
8. AMBIENTE E <i>HOLDING</i> EM UMA CENA DE INTERAÇÃO NATURALÍSTICA MÃE-BEBÊ NO NORDESTE BRASILEIRO	
Paulo Vinícius Ávila Nóbrega	92
9. O TEMPO DE CLARICE: A POSSIBILIDADE DE UM NOVO TEMPO	
Vaneila Buaszik	102
SEÇÃO GESTO ESPONTÂNEO	
10. RETROSPECTIVA ANALÍTICA UMA EXPERIÊNCIA DE REGRESSÃO	
Charbelle Jabbours	111
SEÇÃO HISTÓRIA	
11. LA PRESENCIA DE WINNICOTT EM MÍ	
Saúl Peña K.	123

A CONVERSA QUE RONDA A CASA DE CADA UM UM PAPO COM WINNICOTT¹

THE CONVERSATION THAT AROUND EVERYONES'S HOME
A CHAT WITH WINNICOTT

SUELY DUÉK²

Resumo

Este trabalho conta uma história pessoal, ocorrida nos primórdios da minha vida, e que serve de base para elucidar uma conversa atual com Winnicott sobre situações que atravessamos no século XXI. Utilizo uma forma interrogativa aparentemente leve, e até jocosa, mas que, no fundo, questiona sem criticar ou afastar a teoria e a clínica deste autor que consideramos tanto. São questões socioeconômicas da atualidade pouco previstas no bojo de sua vivência, até porque são outros tempos... mas em momento algum abro mão de elucidar a importância de seu trabalho.

Palavras-chave: tecnologia, patologias, ódio, transgeracional, inconsciente social

1 Trabalho apresentado durante o Encontro Brasileiro sobre o Pensamento de D. W. Winnicott 2023 – João Pessoa, PB.

2 Psicanalista, membro efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro - CPRJ. Delegada da FLAPPSIP. Psicanalista. Psicóloga clínica (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Especialização em Psicologia Clínica (PUC-Rio, RJ). Membro do grupo de Cultura e Psicanálise do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro. Membro da Gradiva Grupo Atlântico de Psicoterapia e Psicanálise. Membro do Grupo Latino-Americano de Psicanálise. Publicações em livros e revistas nacionais e na América Latina. Membro do Conselho Editorial Nacional da Revista Rabisco. Rua Roberto Dias Lopes, 100/210 – Leme – Rio de Janeiro – RJ – 22010-110. Telefone: (21) 99601-8844. E-mail: suely.duek@gmail.com

Abstract

This work tells a personal story, which occurred at the beginning of my life and serves as the basis for elucidating a current conversation with Winnicott about situations we are facing in the 21st century. I use an interrogative form that is apparently light, and even playful, but which, deep down, questions without criticizing or keeping away the theory and practice of this author, whom we consider so much. These are current socio-economic issues that are little anticipated in the context of his experience, especially because these are different times... but, at any moment, I give up on elucidating the importance of his work.

Keywords: technology, pathologies, hate, transgenerational, social unconscious

Mais uma das conversas com você, Winnicott:

O todo sempre é um novo mundo. Cada um sabe onde tudo começou, ou pelo menos imagina...

Para mim começou quando o telhado desabou no meu berço, ou melhor, a obra ao lado desabou e subitamente meu berço foi tomado pelo entulho. Fiquei sufocada e sem enxergar. Esta é a história que sempre escutei. Todos estavam no andar de baixo, mas conseguiram me alcançar, ufa!!! Como, eu não sei, porque não existia mais nem a escada! A imagem seguinte da história é que minha mãe foi para o meio da rua comigo nos braços para pedir uma carona, uma ajuda para chegar ao hospital, porque ainda sofríamos as consequências da guerra e não havia gasolina suficiente para todos...

Ali tudo começou, com minha mãe desamparada, como sempre, comigo no colo para me levar ao hospital.

Sim, meu caro Winnicott, começou em casa e continuou no hospital e depois em muitas casas, principalmente na “casa” do meu analista por onde passei pelo menos 25 anos...

A gente tenta contestar Winnicott, mas não consegue! Realmente tudo começa em casa. O ponto é que a vida é um eterno

começar e para muitos a casa é a cada casa uma história diferente, um outro momento, um trauma ou mesmo muitas bolinhas de sabão, o brincar...

A psicoterapeuta Alice Miller escreveu em uma citação de 1979 que encontrei no livro de Brett Kahr: “Quem mais, exceto os filhos de mães ou pais infelizes desejaria dedicar sua carreira ao estudo dos problemas emocionais, verdade? Talvez sim, nós diríamos que sim, mas nem todos!”

Interessante que o autor Brett Kahr introduziu esta fala de Miller em seu livro *A vida e a obra de D.W. Winnicott* (1996), imediatamente antes do poema que Winnicott escreveu para sua mãe.

No mesmo livro de Kahr encontramos um pensamento de Winnicott do livro *Gesto Espontâneo* (1950):

“O elemento mais importante em nosso país, em qualquer época, é o lar comum, onde pais comuns fazem um trabalho bom e comum, proporcionando a seus bebês e às crianças a base para a saúde mental, o que lhes permitirá, mais tarde, tornarem-se parte da comunidade”.

Freud nos ensinou que tudo começa na infância e que a amnésia infantil recobre, mas não elimina as experiências que marcaram os primórdios da vida do bebê, e o que melhor nos define como espécie humana é a linguagem e o pensamento simbólico.

Faz pouco tempo que se podia conceber a natureza e a história humana como territórios autônomos, diz Marcelo Viñar (Catz, 2022). Mas, nos séculos XX a XXI, nossa compreensão tornou-se mais abrangente, o mundo ecológico, a tecnologia, a sustentabilidade e outros fatores ambientais que representam o progresso civilizatório são agora influenciadores que estão incluídos na compreensão do humano - uma nova cartilha para nós analistas.

Por todos estes motivos precisamos falar da psicanálise e dos novos tempos: na psicanálise tratamos de explorar o desconhecido e não as respostas, até porque os séculos XX e XXI nos trouxeram mudanças drásticas que nos remetem ao humano e à psicanálise.

A organização mente-mundo para as crianças e jovens de hoje

é um encontro com um novo mundo, onde acontece a revolução da informática, e as perspectivas são complexas para o futuro do homem. Vivemos guerras internas e também entre os países com consequências que deixam marcas e traumas profundos no psiquismo desde os primeiros anos de vida. Podemos citar o que ocorreu com a pandemia.

Na primeira guerra faltou gasolina no Brasil e na pandemia, em março de 2020, também faltou. Só que, com o excesso de individualismo e a pouca solidariedade dos nossos dias, talvez não houvesse a possibilidade de se conseguir uma carona quando necessária, como ocorreu com a minha mãe.

Diferentemente da relativa estabilidade que o século XIX oferecia, o século XX e, principalmente, o XXI nos deixam em alerta, atentos para o desconhecido, porque a casa onde tudo começa aumentou de tamanho, talvez tenha agora muitos andares e muitas escadas, muita gente diferente que pensa diferente. Uma nova casa onde tudo começa.

Meu caro Winnicott, o ambiente hoje está ampliado com novas interferências ecológicas, do clima, da tecnologia e consequentemente das novas patologias. O mal-estar civilizatório criou novos troncos e mudanças muito rápidas difíceis de se alcançar e ainda tendo como pano de fundo o capitalismo de mercado e o neoliberalismo.

Freud e Winnicott viveram a gripe espanhola. O século XXI nos trouxe uma multiplicidade de pragas, a Covid deixou consequências graves acompanhada de regressões desastrosas na política e nas relações sociais, com desmembramento de famílias e o aumento da violência, do feminicídio e dos estupros.

As identidades e identificações, as tribos, os vínculos e os sofrimentos humanos são outros, mas realmente tudo um dia começou em casa com uma história desconhecida para nós e os outros, com muitas indagações. Que raízes são essas que produziram indivíduos com tanto ódio e narcísicos, que só pensam em si mesmos, indivíduos corruptos, mentirosos?

Que casa foi essa que não acabou na infância e resulta nas dezenas de patologias inomináveis? Que casa foi essa? Será doença ou maldade? Por exemplo o neoliberalismo?

Winnicott aos 15 anos escreveu o poema para a mãe, mas eu não escrevi até hoje. Talvez tenha escrito, inconscientemente, de forma simbólica. Há diferenças, e cada vez mais.

Carla Penna na introdução de seu livro “O Inconsciente Social”, lembra que hoje as relações se polarizam entre o indivíduo e a sociedade, entre o inconsciente individual e o inconsciente social, apresentam dicotomias e são realizados estudos profundos principalmente no texto da Psicologia das Massas de Freud com objetivo de se conseguir uma melhor compreensão da psicologia das multidões do século XX e dos grandes grupos migratórios no século XXI, com o objetivo de explicar o individualismo que nos invade hoje.

A transmissão psíquica transgeracional nas sociedades e nas famílias hoje é instrumento teórico clínico na análise dos pequenos e grandes grupos. Desde o século XIX nós nos transformamos em massa, pessoas que nutrem a ilusão do poder, da necessidade da existência de líderes, que são nada mais nada menos que simples pessoas que entendemos que devemos seguir.

Quando Winnicott nos mostra o importante objetivo do indivíduo um dia tornar-se cidadão, membro pertencente à comunidade, ele traz o miolo de sua teoria, o caminho da saúde e da integração, não só do subjetivo, mas o caminho do cuidado com o ambiente. Isto tudo é o “ser”. Winnicott fez questão de citar várias vezes o indivíduo comum, mas também os pais comuns. Comuns porque, no seu entender, a confiabilidade e o holding constroem o homem comum, aquela pessoa que enxerga o outro e também o seu entorno. Poderíamos criar a ideia de um “concern” mais abrangente que ao perpassar pela relação mãe-bebê se amplia como uma rede que se estende para o todo e o todo sempre.

Ao trabalhar com as tendências antissociais com adolescentes e também na construção final do *false self*, Winnicott já desafiava o

meio ambiente ameaçador e mais uma vez acreditava em sua teoria quando lembrava que nenhum bebê nasce destrutivo.

Mas, é impressionante como a violência e o ódio estão se agravando, cada vez mais, tanto no pós-guerra como no pós-pandêmico.

Hannah Arendt (1948) e Adorno (1944-51), nos seus estudos sobre o fascismo, a ideologia e a cultura de massa, alertam para a hipótese da civilização se prevenir contra a barbárie que, infelizmente, vem acontecendo inclusive em casa, na família.

Hoje vivemos uma crise sociopolítica radical que repete o mesmo formato que aconteceu na guerra fria que com intuito de garantir a democracia e a liberdade no pós-guerra, propiciou a revolução sexual e o feminismo (68), sendo que hoje está difícil de saber os próximos passos.

Hilda Catz faz um paralelo entre a pandemia da Covid 19 e a pandemia mental e suas consequências que se continuam, provocando ameaças e desafios, como observamos em nossos consultórios e nas instituições.

No seu livro, Hilda observa que Searls acusou nossos colegas psicanalistas pela apatia diante das reações de seus clientes sobre a crise ecológica, mudanças climáticas e aquecimento global e também diagnosticando seus pacientes como portadores de depressão psicótica. Na verdade, nossa relação com o meio ambiente também se mistura com as defesas inconscientes do eu com várias angústias, como ambivalências e auto destrutividade (Catz, 2022).

Esta crise da cultura é também da psicanálise como tive oportunidade de comentar no meu texto no Encontro Gaúcho sobre o Pensamento de Winnicott este ano, provocando uma clínica em constante mutação, diferenciada no século XXI.

Estas considerações importam muito aos professores e supervisores porque é uma mensagem direta aos novos analistas. Porque trabalhar com uma clínica sempre mutável com uma variedade de sintomas, requer delicadeza na costura da transferência e da contratransferência, no laço humano-clínico com aqueles que nos procuram.

Quando nos preocupamos com a clínica estamos falando também do político-social de hoje onde esbarramos no discurso de ódio ao outro diante das tecnologias da informação que levam a níveis impensáveis as práticas de vigilância e à recusa entre a verdade e a mentira como formas de relacionamento e de governança política.

Byung Chul Han no seu livro “A Expulsão do Outro” também nos fala não só da sociedade que expulsa os menos privilegiados, mas também da ilusão de estarmos próximos uns dos outros quando na verdade estamos distantes, porque estamos longe de nós mesmos.

Todos estes elementos estiveram presentes no pós-guerra e na monarquia na época de Winnicott, não como um conglomerado administrativo transformado em organização social, mas de forma muito diferente como vemos nos escritos de Winnicott em *O lugar da monarquia*.

Interessante o contraste dos tempos e a certeza da estabilidade em contradição com o nosso presente: na conclusão do texto, Winnicott de certa forma elege a monarquia como forma de governo segura e democrática de onde não vai brotar uma ditadura. Mais um ponto que nos chama atenção quando lembramos do jargão político que utilizamos no século XXI, Winnicott nos fala de ditadura maligna e benigna quando o termo hoje está pleno de negatividade: não existe ditadura benigna.

Mas o que vale em Winnicott é a eterna esperança que ele transmite aos indivíduos quando diz: “se forem saudáveis emocionalmente, podem desenvolver um senso de existência, podem realizar parte de seu potencial pessoal e podem brincar!”.

Quando Winnicott usa o se, “se forem saudáveis”, parece que ele esquece de sua própria teoria do amadurecimento e de seu trabalho sobre os fenômenos antissociais publicados no livro “Privação e Delinquência”. Lembramos aqui a evacuação de crianças pequenas, seu trabalho humanitário no final e no pós-guerra

De acordo com ele, esta é a área intermediária da civilização, mas também onde transitam os objetos e fenômenos transicionais que

podem acarretar mudanças drásticas e catastróficas na cultura e nas relações. Um lugar do desconhecido, que abala a realidade psíquica, portanto a relação analista - analisando.

E assim Winnicott, cada vez mais privilegiamos a importância dos grupos e o espaço entre o íntimo e o público, além da multiplicidade de olhares que incluem a cultura, o social e a política, sem esquecer das artes.

Para o analista de hoje este é o ambiente. A casa onde tudo começa.

REFERÊNCIAS

Arendt, H. (2018). **Liberdade para ser livre**. Rio de Janeiro: Bazar do tempo - edição Brasileira.

Byung-Chul, H. (2022). **A expulsão do outro: sociedade, percepção e comunicação hoje**. Petrópolis: Editora Vozes.

Catz, H. y colaboradores. (2021). **Psicoanálisis en Pandemia y Post-Pandemia: Caos – Fronteras complejas - Horizontes inciertos**. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.

Catz, H. y colaboradores. (2022). **La pandemia mental – Peligros y consecuencias de una historia sin fin. tomo 7**. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.

Duék, S. (2023). **Jugando con el pensamiento de Winnicott en América Latina**. Jani Santamaria Linares (Editora). México: ASantamaria Psicoanálisis.

Duék, S. (2023). **La crítica del psicoanálisis a la ceguera de las luchas sociales**. Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica, 4(2), 85-96.

Heberlein, A. (2020). **Arendt entre o amor e o mal: uma biografia**. São Paulo: Companhia das letras.

Kahr, B. (1996). **A vida e a obra de D.W. Winnicott: um retrato biográfico**. Rio de Janeiro: Exodus Editora.

Penna, C. (2014). **O inconsciente social**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Safatle, V.; Da Silva, N.; Dunker, C. (Orgs). (2021). **Neoliberalismo como Gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica.

Winnicott, D. (1990). **O gesto espontâneo**. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (2011). **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (2018). **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (2021). **Obras completas, v. 1**. Santiago de Chile: Ed. Pólvora.

**“PROBLEMA NA FAMÍLIA, QUEM NÃO TEM?”:
A CIRANDA DA BAILARINA¹**

**“PROBLEMS IN THE FAMILY, WHO DOESN’T HAVE THEM?”:
A CIRANDA DA BAILARINA**

CAROLINE PINTO PAIVA²

Resumo:

Donald W. Winnicott formulou que a família é o primeiro agrupamento em que é possível as crianças descobrirem a ambivalência do amor e do ódio. Por sua vez, isso pode provocar conflitos na dinâmica familiar. Dessa inferência, surge a questão: problema na família quem não tem? E, mais ainda, seria a análise a responsável por resolvê-los ou até eliminá-los? A partir disso, o presente artigo tem como objetivo propor um estudo dinâmico de um caso clínico, ilustrado através da música “Ciranda da Bailarina”, realizando uma interlocução entre as teorias de Winnicott, Melanie Klein e André Green. Com essa construção, permitiu-se concluir que as formas de sofrimento infantil são atravessadas por todo o contexto no qual a criança está inserida, por isso, não há garantias no tratamento. O que resta à analista é continuar fazendo apostas por meio da transicionalidade enquanto intervenção terapêutica.

Palavras-chave: Família; Psicanálise; Winnicott; Caso clínico; Atendimento infantil.

Abstract

Donald W. Winnicott formulated that the family is the first

1 Trabalho inédito para o XVII Encontro Brasileiro Sobre o Pensamento de D. W. Winnicott.

2 Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). Psicóloga (CRP 17/6153). Percurso em Psicanálise. Contato: (84) 99155-0605 / caroline@a.unirn.edu.br.

group in which it is possible for children to discover the ambivalence of love and hate. In turn, this can cause conflict in family dynamics. From this inference, the question arises: who doesn't have a problem in the family? And, even more so, would analysis be responsible for resolving or even eliminating them? Based on this, this article aims to propose a dynamic study of a clinical case, illustrated through the song “Ciranda da Bailarina”, creating a dialogue between the theories of Winnicott, Melanie Klein and André Green. With this construction, it was possible to conclude that the forms of child suffering are crossed by the entire context in which the child is inserted, therefore, there are no guarantees in treatment. What remains for the analyst is to continue making bets through transitionality as a therapeutic intervention.

Keywords: Family; Psychoanalysis; Winnicott; Clinical case; Child treatment.

Introdução

Na tradição da cultura brasileira, principalmente no Nordeste, a ciranda é uma dança de roda realizada em conjunto, todos de mãos dadas. Sua coreografia é simples, os dançarinos dão passos para frente e para trás, sempre marcando o ritmo. A letra pode ser improvisada e é cantada pelo mestre cirandeiro, aquele que conduz a brincadeira.

Com base nisso, este trabalho se propõe a apresentar os fragmentos de um caso clínico tal como uma ciranda, uma história que chega à psicoterapia para trazer uma reflexão sobre o descompasso que pode existir entre os movimentos da família e os da criança na análise. Importante salientar que, por questões éticas, algumas informações sobre a paciente e sua família foram modificadas ou omitidas.

Em princípio, retoma-se Winnicott (1986/2021, p. 165): “A família é vista como um lugar em que as crianças descobrem

sentimentos de amor e ódio, e do qual elas podem esperar simpatia e tolerância, assim como a exasperação que delas decorre”. Sobre a ambivalência dos sentimentos, resumidamente, Melanie Klein (1932/1997) já havia postulado que no início da vida, os aspectos bons e os aspectos maus de um objeto estão cindidos. Com a mudança da posição esquizoparanoide para a posição depressiva, o bebê seria capaz de tolerar, em algum grau, os aspectos negativos. Passa, então, a haver uma sustentação dos aspectos amados e dos odiados de um objeto.

Sendo assim, a família é o primeiro agrupamento onde também, ou sobretudo, suportamos as ambivalências emocionais e deparamo-nos com os conflitos. Mais ainda, Santos (2016, p. 63) argumenta que:

O desenvolvimento suficientemente bom quer significar para a criança que sua família permaneça intacta, que seus pais, que já lhe são bem conhecidos, sejam capazes de tolerar e continuar amando-a, mesmo que ela os ataque com sentimentos que variam entre amor e ódio.

Na teoria do amadurecimento de Winnicott, o desenvolvimento depende de uma provisão ambiental que se adapta às necessidades do bebê, incluindo as funções parentais. Assim, as contribuições winnicottianas colaboram para a psicanálise infantil, pois abre espaço para tentarmos compreender a família como ambiente facilitador (ou não) e os efeitos que as relações humanas desempenham no início da vida de um indivíduo.

Partindo desses pressupostos, pode-se pensar: problema na família, quem não tem? E, mais ainda, seria a análise a responsável por resolvê-los ou até eliminá-los? É o que pretende-se responder a seguir.

Vinheta clínica

A ciranda que eu vou entoar trata-se de uma menina de qua-

tro anos que chegou ao consultório para ser atendida em psicoterapia psicanalítica uma vez por semana. A queixa da família era o seu “temperamento forte”, em que não aceitava ser contrariada e, por isso, chorava muito. Ao longo do acompanhamento, a demanda real passa a ser os conflitos existentes entre os membros da família: o pai, a mãe e a filha.

O casal era permeado por questões conjugais, principalmente por terem concepções de vida e de criação da filha muito distintas. Exigiam da analista, além da mudança nos comportamentos da filha, soluções para todos os seus problemas. Os pais estavam claramente cansados, e a separação era uma pauta recorrente. Porém, como disse Winnicott (1965/2005, p. 45): “Quando somos chamados a intervir em situações de desorganização da dinâmica familiar, procuramos compreender os fatores subjacentes ao problema manifesto para que nossa ajuda possa ser a mais adequada possível. Nessas questões não cabe a nós passar julgamentos morais.”

A mãe, ao entrar em contato com a analista pela primeira vez, exibiu em seu avatar do aplicativo de mensagem uma imagem de ensaio fotográfico, com uma beleza exuberante e vivaz. Entretanto, esta imagem não chega ao consultório. Deparo-me com uma mãe fragilizada, muito sofrida e sem vitalidade. No decorrer do processo, descobre-se que a mãe fazia uso de medicações antidepressivas e que, por vezes, falava à filha que iria morrer ou desaparecer. Sem adentrar no diagnóstico da mãe e na história pregressa dessa gestação, evoco o pensamento de André Green (1980/1988), quando ele formula sobre a mãe morta. Aqui não se trata da morte real, mas de uma mãe que permanece viva, porém distante e deprimida psiquicamente, havendo um desinvestimento libidinal na filha.

Ademais, os pais reclamavam que era sempre exaustivo escolher uma roupa para vesti-la, pois ela só gostava de usar fantasias. De tal forma, ela sempre chegava ao consultório (re)vestida

com uma fantasia, em sua maioria das vezes, de bailarina. Parecia ser difícil de encarar a realidade sem estar trajada em um personagem.

Porém, diferente da bailarina da música “Ciranda da Bailarina”, composta por Chico Buarque e Edu Lobo, a paciente em questão tinha catarro, pereba e falta de maneira. Corria, gritava, quebrava e choramingava. Longe do ideal de perfeição, em sessão ela performava coreografias de balé, mas também apontava suas angústias, as quais serão explicitadas a seguir.

Segundo Winnicott (1971/2019, p. 74), “o brincar promove o crescimento e, portanto, a saúde; brincar leva aos relacionamentos de grupo; brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia”. Considerando essa ideia, as brincadeiras da bailarina traziam diálogos entre dois aviões, sendo um a mãe, e o outro, a filhinha, a qual pedia socorro para que a mamãe a salvasse. Também, fazia ligações no telefone de plástico para que o papai, em formato de carro, viesse cuidar do seu filhinho.

Além disso, depois de algumas sessões, em todas que se sucederam, a paciente pedia para ir ao banheiro. Às vezes queria ir com sua mãe, às vezes com a analista. Tanto urinava, quanto defecava. Talvez ela estivesse despejando, biologicamente, os conflitos que não eram possíveis de serem ditos. Aqui, relembro quando Winnicott indica que as angústias do início da vida estão relacionadas à noção de continuidade de ser, proporcionado pelo cuidado que o ambiente provê ao bebê.

Nas últimas sessões, sua brincadeira preferida era o esconde-esconde, na qual ela se escondia em lugares visíveis, e, enquanto a analista a procurava, mas nem sempre queria ser encontrada. Nessa situação, não há como não recordar o célebre paradoxo de que “é uma alegria estar escondida, mas um desastre não ser encontrada” (Winnicott, 1984/2022, p. 238).

Enfim, a paciente foi atendida por seis meses, quando os pais decidiram por interromper o processo. No nosso último encon-

tro, ainda sem sabermos que aquele seria o último momento juntas, a bailarina, que nunca havia demonstrado carinho à analista, despede-se desta com dois abraços afetuosos ao longo do caminho da saída. Na hora, percebi que aquilo poderia ser uma separação mais prolongada, e parecia que ela também sentia que era um encerramento.

Comentários finais

Com base no que foi exposto, as formas de sofrimento infantil são atravessadas por todo o contexto no qual a criança está inserida. Por isso, não há como garantir que o tratamento psicanalítico funcione se o setting for único ambiente de cuidado ofertado. O que resta à analista é continuar fazendo apostas por meio da transicionalidade enquanto intervenção terapêutica.

E, como na brincadeira da ciranda, a análise é da ordem da improvisação, a qual necessita assim como os movimentos da ciranda, que os movimentos na clínica com as famílias de pacientes infantis sigam os mesmos passos, um mesmo ritmo. Sem a adesão e a confiança da família no tratamento, nada mais é possível para a criança.

REFERÊNCIAS

Gaspar, L. **Ciranda**. In Pesquisa Escolar. Recife: Fundação Joaquim Nabuco. Disponível em: <http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/index.php?option=com_content&view=article&id=519> Acesso em: 24 jul. 2023.

Green, A. (1980) **Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte**. São Paulo: Escuta, 1988.

Santos, E. S. (2016). **Pressupostos conceituais para a compreensão de angústia em Freud e em Winnicott**. Natureza humana, 18(2), 49-69.

Klein, M. (1932) **A psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

Winnicott, D. (1965) **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____ (1971) **O brincar e a realidade**. São Paulo: Ubu, 2019.

_____ (1984) **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**. São Paulo: Ubu, 2022.

_____ (1986) **Tudo começa em casa**. São Paulo: Ubu, 2021.

_____ (1987) **Bebês e suas mães**. São Paulo: Ubu, 2020.

O “VIR A SER” DO ANALISTA/TERAPEUTA E O
“ENTRE NÓS” DOS ENCONTROS:
POSSÍVEIS ESPAÇOS DE (TRANS)FORMAÇÃO¹
THE ‘BECOMING OF THE ANALYST/THERAPIST’ AND
THE ‘BETWEEN US’ OF ENCOUNTERS: POSSIBLE SPACES OF
(TRANS)FORMATION

CLAUDIA SPIEKER AZEVEDO²

Resumo

A autora ao refletir sobre as vicissitudes do trabalho clínico e a importância da formação do analista/terapeuta, levanta duas questões: como se dá o processo de (trans)formação do vir a ser analista/terapeuta? E, em decorrência desta, uma segunda: qual é a importância das experiências culturais e artísticas? Com base no pensamento winnicottiano, a autora busca, a partir de sua experiência de 30 anos em uma instituição de educação infantil, ressaltar a relevância da brincadeira na constituição do sujeito. Baseada em interrogações sobre o seu fazer clínico, tece algumas considerações, baseada nos conceitos propostos por Winnicott, sobre o processo de vir a ser analista/terapeuta. Partindo do tripé, postulado por Freud nos primórdios da psicanálise (análise pessoal, supervisão e seminários), ela propõe um novo pilar para potencializar a sensibilidade do analista/terapeuta, assim como ocorre com a mãe durante a gestação.

Palavras-chave: Formação do analista/terapeuta – Experiências culturais – Preocupação Materna Primária

1 Trabalho apresentado na mesa *Experiências de ‘Ser’ na Cultura e na Arte*, no IX Encontro gaúcho sobre o pensamento de D.W. Winnicott em junho de 2023. O texto já foi publicado no Revista do Centro de Estudos Psicanalíticos (CEPdePA), v. 30, 2023. A atual versão possui modificações.

2 Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS) e Psicanalista, membro associado do CEPdePA. End. Rua Carlos Trein Filho, 985/501. Porto Alegre, RS. Fone: (51)99963-3206 / claudiasazevedo@terra.com.br

Abstract

The author, reflecting on the vicissitudes of clinical work and the importance of analyst/therapist training, raises two questions.: how does the process of (trans)formation the becoming of an analyst/therapist occur? And, as a result of this, a second: what is the importance of cultural and artistic experiences? Drawing on Winnicott's thought, the author, based on her 30 years of experience in a childcare institution, seeks to highlight the relevance of play in the constitution of the subject. Based on inquiries into her clinical work, she makes some considerations, based on the concepts proposed by Winnicott, about the process of becoming an analyst/therapist. Starting from the tripod postulated by Freud in the early days of psychoanalysis (personal analysis, supervision, and seminars), she proposes a new pillar to enhance the sensitivity of the analyst/therapist, just as it happens with the mother during pregnancy.

Keywords: Analyst/therapist training – Cultural experiences – Primary Maternal Preoccupation

Ao refletir sobre as vicissitudes do trabalho clínico e a importância da formação do analista/terapeuta, ocorreram-me duas questões. A primeira delas se refere ao vir a ser analista/terapeuta: como se dá esse processo de (trans)formação? Em decorrência dessa, emerge uma segunda pergunta: qual é a importância das experiências culturais e artísticas?

Ao me deixar guiar pelas minhas associações, um filme se passa na minha mente ao lembrar que Winnicott (1971, p. 137) utiliza a expressão “experiência cultural” “[...] como uma ampliação da ideia dos fenômenos transicionais e da brincadeira [...]”. Trabalhei por 30 anos como psicóloga escolar, em duas instituições de educação infantil, antes de iniciar a minha prática

clínica. Assim, tive o privilégio de assistir “ao vivo e em cores” às crianças como protagonistas de enredos variados.

Enquanto algumas faziam bolos de areia em que colocavam gravetos para cantar “Parabéns”, outras corriam pelo pátio, como se fossem super-heróis. Em algumas situações, as embalagens se transformavam em aviões ou em carrinhos que percorriam as pistas demarcadas no assoalho. Brincavam de bonecas, levando-as para passear, preparavam comida, davam banho, trocavam as fraldas... Enfim, ficava evidente a imaginação dessas crianças e a sua capacidade de serem criativas por meio do brincar!

Para enriquecer o jogo simbólico, criavam cenários singulares: as mesas se transformavam em cabanas ou elas enfileiravam as cadeiras para fazer um trem, no qual embarcavam a fim de realizar suas viagens. A criatividade em plena ebulição, colorindo a vida, como Winnicott (1971) nos ensina.

Contudo, não poderia deixar de mencionar o quanto esses dois espaços escolares eram, e certamente ainda são, investidos afetivamente pelas diretoras pedagógicas, presenças ativas e constantes. Os detalhes, carinhosamente escolhidos, criavam uma atmosfera acolhedora: havia os livros organizados em cantos temáticos, as telas pintadas pelas crianças, a partir do estudo da vida e da obra de diferentes artistas e uma trilha sonora criteriosamente selecionada. Um espaço brincante, convidativo para o faz de conta, um palco para experiências tão importantes nos primeiros anos de vida.

Ao abordar o tema da criatividade, Winnicott (1971, p. 95) a define “[...] como um colorido de toda a atitude com relação à realidade externa. É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida”. Para o autor, a apercepção criativa relaciona-se com a experiência subjetiva primitiva do bebê com sua mãe, tão fundamental nos primeiros tempos. A forma como a mãe acolhe e atende o bebê desde os primórdios, isto é, sua atitude mais sen-

sível e delicada, estabelece um ritmo na relação, possibilitando que o bebê experimente a continuidade do ser.

De acordo com Winnicott (1956, p. 401, grifo do autor), inicialmente, ao cuidar de seu bebê, a mãe encontra-se em “[...] um estado psicológico que merece um nome, tal como Preocupação Materna Primária”. Durante a gravidez, a mãe passa por algumas mudanças que lhe permitem, por determinado período, ocupar-se de forma ativa dos cuidados do recém-nascido. Esse estado materno — isto é, essa sensibilidade que foi sendo desenvolvida ao longo da gestação e que, no seu final, assume uma intensidade maior, durando algumas semanas após o nascimento do bebê — fornece algo importante:

[...] um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências do desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (WINNICOTT, 1956, p. 403).

Podemos dizer, então, que a experiência de ser é vivenciada pelo bebê quando se estabelece desde o início um encontro genuíno entre ele e a sua mãe-ambiente. *Amor da minha vida/daqui até a eternidade/nossos destinos foram traçados/na maternidade.*³

O mundo, quando o bebê nasce, já está pronto, então ele terá o trabalho de criá-lo. Contudo, esse seu trabalho não pode ser realizado de forma solitária, precisa de uma mãe suficientemente boa, isto é, atenta e disponível, o que lhe permite que coloque “[...] o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo e no momento exato” (WINNICOTT, 1971, p. 26). Assim, ela possibilita que o bebê possa viver a experiência de onipotência, no estágio de dependência absoluta, tendo a ilusão de que foi ele quem criou o seio.

3 *Exagerado*, canção de Cazusa, Carlos Leoni Rodrigues Siqueira Júnior e José Neves

Essa área neutra e intermediária de experimentação, que o autor também denomina terceira área — o “entre nós”, como proponho nomear, esse espaço potencial entre a mãe e o bebê —, pressupõe um verdadeiro encontro dessa dupla (mãe-bebê) desde o começo e se constitui “[...] entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido” (WINNICOTT, 1971, p. 15). O objeto transicional, que é o primeiro símbolo, pode ser, por exemplo, a ponta de um cobertor, um objeto da mãe ou um ursinho de pelúcia. Ele “[...] representa a confiança na união do bebê e da mãe baseada na experiência de confiabilidade e capacidade dessa mãe de saber o que o bebê precisa através de uma identificação com ele” (WINNICOTT, 1986, p. 39).

A adaptação ativa da mãe, que é tão necessária num tempo inicial e a base para a construção da confiança, gradativamente diminui, na esteira da crescente capacidade do bebê para lidar com essa realidade. Não seria demais lembrar que esse processo de desilusão pressupõe que a experiência da ilusão tenha sido prévia e intensamente vivida. Mas, de acordo com Winnicott (1971, p. 151), essa separação pode ser “[...] evitada pelo preenchimento do espaço potencial com o viver criativo, com o uso de símbolos e com tudo que somar a uma vida cultural”. Para tanto, aqueles que se ocupam com o cuidado da criança, tanto no âmbito familiar quanto no escolar deveriam se preocupar em “[...] colocá-la em contato com elementos da herança cultural” (WINNICOTT, 1971, p. 152). O que de início fica mais restrito aos cuidados realizados pela mãe (ou seu substituto) gradativamente vai sendo também mediado por outras pessoas e/ou situações vivenciadas, sendo o espaço escolar um importante aliado.

Nesse processo gradativo da experiência de ser si mesmo e de assimilação do outro como não-eu, o encontro com essas diretoras suficientemente boas, que criam e organizam um espaço que favorece o brincar, repleto de objetos culturais, mediado por

uma equipe qualificada, proporciona uma diversidade de experiências. Isso possibilita que as crianças que ali convivem encontrem elementos para inventar seus mundos, nesse caminho rumo à independência.

Nesse sentido, recorro a um trecho do livro lançado pela cantora Rita Lee (2023) no qual ela narra com detalhes o seu tratamento oncológico. Ao falar sobre a sua doença, relata que precisou realizar 30 sessões de radioterapia, que lhe causaram queimaduras, deixando a pele do seu pescoço ao tórax em carne viva. Decidiu, então, “tornar-se” amiga da máscara que inicialmente tanto lhe causava medo, já que sua função era protegê-la, dando-lhe um nome: Leonor, sua companheira diária. Assim como as crianças, porém numa dimensão muito mais complexa e dramática, a cantora Rita Lee sensibiliza ao inventar uma maneira própria de enfrentar sua doença, com coragem e recursos que encantam e emocionam porque lhe pertencem, ela mesma criou — possivelmente, com a mãe suficientemente boa que tem incorporada dentro de si.

Retomando, agora, as questões iniciais sobre como ocorre o processo de (trans)formação do vir a ser analista/terapeuta e a importância das experiências culturais e artísticas, podemos tecer algumas considerações. Freud, já nos primórdios da psicanálise, apontou um caminho para a formação do analista, o tripé: análise pessoal, supervisão e estudo (seminários). Esse caminho é longo, árduo e trabalhoso. *Nem sempre é só easy se viver.*⁴ Inicia-se no período da formação analítica, porém se estende por toda a vida profissional daqueles que estão efetivamente engajados em seu ofício. Como Trachtenberg (2017, p. 108) define poeticamente: “[...] é um caminho em eterno percorrer, é um estar-sendo, sem chegar a sê-lo”.

Porém, o que observamos é que as exigências da nossa sociedade contemporânea, tão pautadas pela aceleração e pela super-

4 *Tudo bem*, canção de Lulu Santos

ficialidade, estão na contramão do que aqui estamos postulando como imprescindível ao processo de vir a ser analista/terapeuta. Ou seja, necessitamos de tempo para efetuar um trabalho interno para que as (trans)formações ocorram gradativamente, isto é, para que possamos metabolizar tudo o que lemos, discutimos, sentimos, pensamos. Winnicott (1954) enfatiza que a análise não se reduz a uma técnica e destaca a importância do processo individual dos pacientes. “Aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um processo, processo este que em cada paciente possui o seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo” (WINNICOTT, 1954, p. 374).

O autor ressalta a necessidade de sermos cautelosos, cuidadosos, observadores do que se apresenta no setting analítico: a forma como o analisando articula seu discurso, os silêncios, seus gestos, enfim... A bússola orientadora está em uma escuta atenta e sensível, com aberturas para nos deixarmos tocar pelas associações e pelos não-ditos do paciente, que são veiculados por diferentes vias.

Winnicott dá uma atenção especial ao tipo de comunicação que se estabelece desde o início entre a mãe e o bebê. Ao estudar o papel de espelho da mãe em 1971, o autor enfatiza que o bebê, em determinado período, começa a olhar em volta. Enquanto o bebê mama, a possibilidade maior é de que ele olhe para o rosto da mãe. E o que ele vê?, “[...] o que o bebê vê é ele mesmo” (WINNICOTT, 1971, p. 154). Quando tudo corre bem, a mãe “[...] devolve ao bebê o próprio eu (self)” (WINNICOTT, 1971, p. 161). No momento em que o bebê suga o seio, a mãe pode se sentir satisfeita ao alimentá-lo, e o bebê, por sua vez, pode se sentir saciado, já que sua necessidade foi atendida. Mas o que sustenta realmente um encontro vai além disso: “[...] é a comunicação entre o bebê e a mãe, algo que é uma questão de experiência que depende da mutualidade que resulta das identificações cruzadas” (WINNICOTT, 1969, p. 198). Para explicar como se

estabelece a mutualidade entre a mãe e o bebê, Winnicott (1969, p. 198), nos apresenta as diferentes perspectivas desses dois sujeitos da relação:

[...] (no bebê) é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende de seus processos herdados que conduzem para o crescimento emocional e, de modo semelhante, depende da mãe e de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar.

Essa mutualidade acontece em um processo de identificações cruzadas, porém a mãe e o bebê a atingem de formas distintas. Enquanto a mãe, que já foi bebê um dia, brincou de cuidar de bonecas, teve experiências com irmãos ou outras crianças menores ou leu sobre esse assunto, o bebê dispõe apenas do que foi herdado e de disposições congênitas para o seu desenvolvimento. A mãe pode se identificar com o bebê, porém, para o alcance das identificações cruzadas, ela precisa se adaptar ao bebê, então os dois poderão vivenciar essa mutualidade. Você me abre os seus braços. *E a gente faz um país.*⁵

E no *setting*, como se dá essa comunicação? De acordo com Winnicott (1971, p. 80): “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)”. A busca do *self*, que se dá por uma via criativa, não tem a ver com a criação de um produto. Um artista, por exemplo, que tenha produzido um objeto de arte valioso, apreciado publicamente, pode ter se frustrado na tentativa de encontrar o seu eu. A descoberta do eu se dá através da criatividade, que tem sua origem nas épocas iniciais da vida, quando o bebê encontra uma mãe capaz de se adaptar às suas necessidades. Podemos, então, pensar o vir a ser analista/terapeuta como um ato criador, no qual o sujeito pode buscar uma forma espe-

5 *Fullgás*, canção de Marina Lima e Antonio Cícero

cial e particular de integrar o que lhe foi transmitido ao longo de sua formação.

É no encontro com o paciente que o analista/terapeuta terá que encontrar um caminho, no qual a relação de confiança será paulatinamente construída, o que requer atenção, paciência, cuidado, disponibilidade e permeabilidade — não só ao que o paciente apresenta de diferentes maneiras, mas também para sentir, para se conectar com seus próprios sentimentos e emoções ali despertados. O *setting*, no que se refere ao espaço físico, ao clima emocional, ao jogo transferencial/contratransferencial, constitui um ambiente especial para o processo analítico. Como Thormann (2009 p. 50) enfatiza: “Tecer a trama entre o objetivo e o subjetivo é estar vivo como analista/terapeuta. Supõe reinventar-se, reinventar a psicanálise para si com o outro e no outro, bem como na sua relação e expansão com a cultura”.

Seguindo minhas associações, lembro-me de uma passagem de um livro de Schopenhauer (2019, p. 51, grifo do autor) em que, ao abordar a questão do estilo de escrita dos escritores, ele ressalta: “[...] é extremamente reduzida a quantidade daqueles que pensam sobre as *próprias coisas*, enquanto os demais pensam apenas sobre *livros*, sobre o que os outros disseram”. Assim como Schopenhauer destaca a importância do pensamento individual, Winnicott, nessa mesma direção, valoriza a experiência emocional e a criatividade pessoal do analista/terapeuta como uma bússola orientadora. No caso da prática clínica, o que se vivencia no *setting* analítico, essa experiência única, marcada por encontros singulares, favorece reflexões que ampliam a nossa compreensão sobre a complexidade do que está sendo comunicado e, assim, podem “oxigenar” a teoria, bem como permitir fazer diferentes costuras. *Eu prefiro ser uma metamorfose ambulante, do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo.*⁶

Assim, arrisco-me a propor um quarto pilar do processo de (trans)formação, do vir a ser analista/terapeuta: as experiências

6 *Metamorfose ambulante*, canção de Raul Seixas

culturais vivenciadas ao longo de toda a sua jornada. De acordo com Winnicott (1956), como já mencionado aqui, a mãe inicialmente, ao cuidar de seu bebê, encontra-se em estado de Preocupação Materna Primária. Pergunto, então: o que poderia ser o equivalente para o analista/terapeuta, um ambiente que o subsidiasse nesse processo de intensificação de sua sensibilidade? Essa maior sensibilidade, essa permeabilidade no trabalho com os pacientes, não se faz necessária de forma mais intensa no período inicial da análise, como acontece com a mãe ao acolher e cuidar do seu recém-nascido. Ela mostra-se imprescindível do início ao fim do processo analítico, principalmente nos períodos mais regressivos, para aqueles analisandos que alcançam essa condição em transferência e que podem ser acolhidos nessa condição. Sabemos que para a construção desse espaço intermediário, esse “entre nós” (analista/terapeuta-paciente), é requerida, por parte do analista/terapeuta, uma disponibilidade de adaptação para permitir o vir a ser do seu paciente. Sugiro, então, que as experiências culturais também sejam pensadas como vivências transformadoras, que intensificariam a sensibilidade do analista/terapeuta, porém de um modo distinto do que ocorre com a mãe durante a gravidez, pois elas vão se dar em um estágio diferente das identificações primárias da mãe com o bebê, no estágio da dependência absoluta. Proponho, então, que essa intensificação esteja centrada na possibilidade de que os analistas/terapeutas busquem sua atividade criativa nessas experiências culturais a fim de aguçar a sua escuta e, então, possam encontrar novos repertórios que dêem sustentação ao seu trabalho clínico.

Assim, penso que o quarto pilar aqui proposto — as experiências culturais/artísticas — talvez possa ser um elemento de sustentação com uma importância significativa no processo de (trans)formação do analista/terapeuta. Dito de outra maneira, a ideia é valorizar o modo como o analista/terapeuta se relaciona com a literatura, os filmes, as séries e as peças de teatro a que

assiste, experiências que lhe possibilitam “visitar” outros lugares e épocas, ampliando seu repertório de histórias de vida sob diferentes perspectivas, e o modo como ele transita no mundo das artes plásticas — sua experiência estética ao contemplar uma pintura, uma escultura ou uma instalação —, como se deixa tocar por aquilo que observa — os sentimentos e emoções que reverberam em seu interior. Essas experiências culturais, entre tantas outras que poderia citar, possibilitam uma abertura de seus poros, uma maior permeabilidade, reavivando a sua sensibilidade para escutar as diferentes formas de sofrimento; trata-se de um incremento de sua capacidade imaginativa para construir hipóteses como fio condutor do processo analítico. O analista/terapeuta em constante processo de (trans)formação precisa olhar para os seus nós, pois ao desatá-los poderá construir laços com aqueles que o buscam para desbravar o seu inconsciente.

Antes de terminar, gostaria de trazer um recorte da fala da jornalista e escritora espanhola Rosa Montero, conferencista do Fronteiras do Pensamento de 2023.⁷ Nessa ocasião, ela relatou o quanto eram grandiosas as profissões com as quais ela fantasiava quando era pequena: astronauta e trapezista. Porém, o tempo, segundo ela, “é um jardineiro louco”, ele vai podando os galhos de suas possibilidades na vida, reduzindo-os aos poucos a um galho só. Com isso, ela nos convida a pensar sobre a necessidade de termos de transcender a nós mesmos, saindo da nossa “pequena vida”, como chamou. Nesse sentido, postulo que as experiências com diferentes objetos culturais/artísticos são um ingrediente fundamental para alimentar o crescimento de novos galhos — que enriquecem o mundo interno, o que possibilita uma maior sensibilidade no encontro com o outro —, como também para sustentá-los e, assim, protegê-los para que não sejam “cortados” por

7 Conferência intitulada *A inutilidade necessária*, apresentada na 17ª temporada do Fronteiras do Pensamento, 31 de maio de 2023, Porto Alegre

um “jardineiro louco” qualquer. *A esperança equilibrista. Sabe que o show de todo artista. Tem que continuar.*⁸

Penso que assim como as diretoras-ambiente, ao criarem um espaço cuidadosamente planejado, convidativo para tantas brincadeiras, um palco no qual a criatividade e a imaginação fervilhavam no cotidiano escolar, possibilitando o “crescimento” de novos galhos, investiram genuinamente em oferecer um ambiente facilitador para o desenvolvimento emocional das crianças. Nesse sentido, o processo de (trans) formação do analista/terapeuta, que inicialmente se apresenta com desafios de diferentes ordens, mas que o acompanha durante toda a sua jornada profissional, requer cautela para que a psicanálise não seja tomada de forma superficial. Entendo que a psicanálise é uma experiência que se dá por meio da transferência e que nesse processo de vir a ser o analista/terapeuta se encontra em um estágio diferente daquele em que estão as crianças ao iniciarem seu percurso na educação infantil. Enquanto elas estão iniciando a sua caminhada rumo à independência, o analista/terapeuta em processo de (trans) formação já tem maior autonomia para fazer as suas escolhas e, assim, pode se ocupar efetivamente de encontrar ambientes facilitadores que lhe possibilitem experiências significativas em sua jornada.

Acredito que o analista/terapeuta-ambiente, ao vivenciar diferentes experiências culturais atrelado a uma postura analítica sustentada em um setting interno, possa manter viva a sua capacidade de brincar e criar, de modo a construir com originalidade, junto do seu analisando, um espaço de confiança nesse “entre nós”, um espaço em que possa ser desenvolvido um vir a ser.

REFERÊNCIAS

Lee, R. **Rita Lee: outra biografia**. São Paulo: Globo Livros, 2023.

8 *O bêbado e a equilibrista*, canção de João Bosco e Aldir Blanc

Schopenhauer, A. **A arte de escrever**. Porto Alegre: L&PM, 2019.

Thormann, L. L. **O setting-incubadora: ressonâncias do pensamento de Winnicott na clínica psicanalítica**. In Revista do CEPdePA, Porto Alegre, v. 15, p. 43-52, 2009.

Trachtenberg, R. **O rio, a ponte e o outro lado do rio: alguns pensamentos sobre estrangeiros, fronteiras e psicanálise**. In Revista SBPdePA, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 101-119, 2017.

Winnicott, D. (1954). **Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico**. In: WINNICOTT, D. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392.

_____ (1956). **A preocupação materna primária**. In Winnicott D. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

_____ (1969). **A experiência mãe-bebê de mutualidade**. In Winnicott, D. Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1994. p. 195-202.

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

_____ (1986). **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MÃES ATÍPICAS: ENTRE DESAMPAROS E ORGANIZAÇÕES DEFENSIVAS, A BUSCA POR UM LUGAR¹

ATYPICAL MOTHERS: BETWEEN HELPLESSNESS AND DEFENSIVE ORGANIZATIONS, THE SEARCH FOR A PLACE

LUCIANA MACEDO DONADELI²

RAFAELA RIBEIRO MANEIRA³

Resumo

O diagnóstico de autismo cresceu de forma exorbitante nos últimos anos. Embora o mercado de produtos e serviços para esse público tenha crescido e bucado fisgar a atenção de mães ofertando soluções “padrão ouro” para os filhos, é justamente estas mães que se encontram em um “não-lugar” para lidar com as demandas de se responsabilizar por uma criança autista. O presente artigo foi produzido a partir de entrevistas realizadas com mães atípicas, buscando compreender a experiência emocional das mesmas após receberem o diagnóstico do filho, em articulação com a teoria winnicottiana acerca das condições emocionais da mãe enquanto ambiente insuficiente para o desenvolvimento maturacional de seus bebês. Foi possível perceber que além de operarem em uma fuga para realidade, estas mães conservam características defensivas similares à invulnerabilidade manifestada por seus filhos.

1 Trabalho derivado de projeto de Iniciação Científica aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro Universitário do Planalto de Araxá, realizado na mesma universidade.

2 Psicóloga Clínica, Mestre em Psicologia, docente do curso de Psicologia (UNIARAXÁ), membro filiado em formação no Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana. Contato: (34) 991247735 – lucianadonadel@uniaraxa.edu.br

3 Discente no curso de Psicologia (UNIARAXÁ). Contato: (34) 992397938 - rafaelaribeir.maneira@gmail.com

Palavras chave: autismo, maternidade, invulnerabilidade, fuga para realidade

Abstract

The diagnosis of autism has grown exorbitantly in recent years. Although the market for products and services for this audience has grown and sought to attract the attention of mothers by offering “gold standard” solutions for their children, it is precisely these mothers who find themselves in a “no-place” to deal with the demands of responsible for an autistic child. This article was produced based on interviews carried out with atypical mothers, seeking to understand their emotional experience after receiving their child’s diagnosis, in conjunction with Winnicottian theory about the mother’s emotional conditions as an insufficient environment for the maturational development of their babies. . It was possible to notice that in addition to operating in an escape from reality, these mothers maintain defensive characteristics similar to the invulnerability manifested by their children.

Keywords: autism, motherhood, invulnerability, escape from reality

Introdução

Ao longo da construção teórica de Winnicott é possível encontrar textos que articulam o autismo enquanto interrupção à continuidade do desenvolvimento maturacional por uma grave falha ambiental na etapa de dependência absoluta. Essa falha ambiental pode ser associada a diversos fatores que impossibilitam que a mãe se entregue ao processo de identificação com o bebê após seu nascimento, sendo estes fatores ainda mais presentes na contemporaneidade, que leva à condição materna um contexto de sobrecarga e desamparo.

Winnicott aponta que, em alguns casos, a experiência da maternidade pode gerar angústias tão intensas que levam à uma in-

terrupção da continuidade a ser pessoal da mãe. O autor ainda pontua que, para que a mãe tenha condições de experienciar a Preocupação Materna Primária de forma satisfatória, é necessário que ela própria tenha um ambiente facilitador, que, quando não puder ser oferecido pelo pai, deveria ser de responsabilidade da família, da sociedade ou mesmo das instituições sociais. Vale considerar que a possibilidade de recuperação da continuidade de ser da criança autista pode ser viabilizada pela reedição da experiência de dependência absoluta tendo um ambiente facilitador que poderia, inclusive, ser oferecido pela própria família, executando um papel de hospital maturacional. No entanto, seriam necessárias intervenções neste contexto familiar, também oferecendo um ambiente facilitador para esta família para que tenham condições de correção das falhas anteriormente ocorridas.

Partindo destes pressupostos, este trabalho, feito no modelo de uma análise exploratória, entrevistou mães de crianças de 6 anos diagnosticadas com autismo, para coletar informações sobre os suportes presentes ou ausentes em seu ambiente de convívio para que consigam lidar com os enfrentamentos emocionais diante do diagnóstico recebido por sua criança. O que foi percebido é que as vivências de angústia e desamparo experienciadas pelas mães na chegada de seus bebês são repetidas diante das percepções de falhas no desenvolvimento do filho e ainda mais agravadas diante da recepção do diagnóstico de autismo. Foi possível, por meio da pesquisa, compreender que o desamparo das mães se prolonga na busca por estratégias de cuidado que se direcionam exclusivamente para as crianças, de modo que os cuidados consigo próprias se tornam falhos ou ausentes impedindo que elas encontrem um ambiente facilitador que lhes proporcionem um retorno à continuidade de ser e que, consequentemente, possam em algum momento ter condições de desenvolver a capacidade de também ser este ambiente facilitador para seus filhos.

O lugar atípico

Nasce um ser, um ser que ainda não é um indivíduo, mas que carrega em si o potencial de chegar a sê-lo. Para que isso ocorra, conforme descrito por Winnicott (1963 e 1990), é necessário que exista uma mãe que seja capaz de experienciar o estado de Preocupação Materna Primária e que cumpra seu papel enquanto mãe-ambiente provendo sustentação (holding), tanto física quanto emocional, além dos cuidados básicos e manuseio físico do bebê (handling).

No entanto, de acordo com o mesmo autor, a falha do ambiente em oferecer ao bebê um estado de adaptação suficientemente bom às suas necessidades pode levar a episódios de angústias intensas capazes de desencadear um estado defensivo de características psicóticas, levando à interrupção da continuidade de ser do lactente. Dentre os diferentes quadros que podem se originar diante dessas defesas, destaca-se neste artigo o autismo, cuja defesa seria a invulnerabilidade.

Conforme apontado por Araújo (2003), a perspectiva winnicotiana de etiologia do autismo aponta para a incapacidade da mãe de oferecer atenção plena à seu bebê. Assim, a incapacidade de se dedicar aos cuidados do bebê, impossibilita a mãe de executar o papel demandado a ela: o de uma mãe dedicada comum. Uma das explicações, apontadas pela autora na obra winnicotiana, acerca da incapacidade da mãe ocupar seu lugar de devoção, seria o assombro diante do estado de desamparo e vulnerabilidade experienciado durante a vivência da identificação com seu bebê. O medo do pseudo-enlouquecimento que ocorre na preocupação materna primária levaria uma “fuga para a sanidade” (Winnicott, 1993a apud Araújo, 2003).

A insegurança que impediria a mãe de viver a identificação com seu bebê, conforme citado no parágrafo acima, poderia ser explicada pela ausência de uma rede apoio, ou um ambiente suficientemente bom, que fosse capaz de lhe oferecer sustentação

para pudesse experienciar o desamparo e a vulnerabilidade sem que estes se tornassem intoleráveis. No entanto, diante da ausência de suporte e cuidado ambiental, as defesas maternas tentam mantê-la invulnerável - incapaz de se vulnerabilizar - de modo similar à defesa adotada no autismo, como aponta Winnicott (1997).

A pesquisa

A teoria explicitada até aqui é a base da fundamentação de uma pesquisa realizada no projeto de iniciação científica desenvolvido pelas pesquisadoras junto ao curso de Psicologia do Centro Universitário do Planalto de Araxá. A pesquisa se trata de uma investigação qualitativa, no modelo de uma análise exploratória que se deu a partir de uma entrevista semiestruturada com 5 mães de crianças menores de 6 anos, cujos filhos tivessem sido diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O objetivo desta investigação era identificar enfrentamentos e dificuldades destas mães diante do diagnóstico de TEA, buscando ressaltar os recursos de suporte ambiental presentes ou ausente para essas mulheres. O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da universidade citada.

Durante a realização das entrevistas, de forma individual, foram feitas perguntas sobre: como foi a descoberta do diagnóstico do filho, como elas se sentiram diante de tal diagnóstico, quais recursos elas buscaram e/ou encontraram para lidar com a experiência emocional despertada pelo diagnóstico e quais opções de recursos elas acreditavam estar ausentes, mas poderiam ter contribuído para que pudessem passar por aquela experiência. Foram tomadas como relevantes para análise desta pesquisa respostas predominantes, cujo conteúdo pudesse ser identificado como presente no discurso de mais da metade das mães entrevistadas.

Ressalta-se que a entrevista não tinha como objetivo identificar possíveis falhas ambientais na relação inicial do binômio mãe-be-

bê. O foco do trabalho se dá na compreensão do enfrentamento das consequências do diagnóstico já constituído. Toma-se como uma possibilidade o uso de estratégias para que a recuperação da continuidade de ser da criança autista possa ser viabilizada, ainda que minimamente, pela reedição da experiência de dependência absoluta, tendo um ambiente facilitador que poderia ser oferecido pela própria família ou por intervenção profissional. Vale pontuar que a intervenção profissional poderia se dar diretamente com a criança ou com a família, para que a mesma consiga fornecer um ambiente suficientemente bom e a criança consiga retomar o processo de desenvolvimento maturacional.

Um dos primeiros fatores apontados nas entrevistas, que se mostrou comum em todos os relatos, é a experiência de extremo desamparo ao receber o diagnóstico médico. Uma das entrevistadas aponta: “Fiquei totalmente atordoada, a gente se sente perdida. Eu não sabia o que fazer, por onde começar. O médico passa um laudo com um monte de indicações de terapia. Mas a gente fica tão perdida que parece que não sabe o que fazer” (sic.). Dentre as variáveis ouvidas neste mesmo tema, foram relatadas situações em que percebeu-se falta de “empatia” (sic.) por parte do profissional que efetivou o diagnóstico sem qualquer postura de acolhimento e suporte. Além disso, a maioria das mães relatou que o excesso de informação e indicação de procedimentos deixou-as ainda mais assustadas e confusas, dificultando o entendimento do que lhes era dito. Percebe-se nesses relatos uma falha no ambiente que deveria ser provido pelos profissionais responsáveis por fornecer um diagnóstico que, muitas vezes, é recebido pelas famílias como catastróficos.

Os resultados

Algumas mães comparam a experiência de receber o diagnóstico do filho enquanto equivalente à uma situação de perda: “Mas nossa, foi uma dor física, foi uma coisa... um luto, né? Pra-

ticamente você enterra seu filho, para virar um outro. Porque a gente cria uma expectativa e era uma coisa completamente inesperada para mim” (sic.). É preciso enterrar o filho ideal para permitir o nascimento de uma nova criança: uma criança autista.

Ainda que as entrevistadas relatassem incômodo diante de situações em que seus filhos eram vistos a partir de generalizações do senso comum do que é uma criança autista, negando-lhes suas especificidades e individualidades, as mesmas conservaram durante suas falas o uso das mesmas expressões para denominar seus filhos: uma “criança autista” ou “atípica”. Essa mesma nomenclatura acabava se estendendo à elas, que passam a se denominar, no caso de mais da metade das entrevistadas, como “mães atípicas” ou “mães de autistas”, classificando-se como pertencentes à um grupo com características generalizadas que as tornavam compartilhadoras de vivências similares.

Durante as entrevistas, as participantes utilizaram a maior parte de suas falas para descrever as estratégias e recursos utilizados para tratamento de seus filhos e, mesmo quando questionadas sobre recursos de cuidado e suporte para si mesmas, apontaram que o direcionamento na busca de cuidados era destinado apenas às crianças. Desta forma, todo investimento de tempo e financeiro era dedicado apenas às terapias para cuidado dos filhos, mesmo no caso daquelas que reconheceram que a busca por apoio psicológico seria importante também para si.

Essa mesma perspectiva se explicita pelo fato de que todas apontaram a necessidade de grupos de apoio para mães de crianças com diagnóstico de TEA, que fornecesse informações e apoio psicoemocional. No entanto, esta fala se contradiz com o fato de que todas manifestaram ter conhecimento sobre uma associação de terceiro setor existente na cidade que oferecia recursos e suporte informativo para famílias de pessoas autistas, mas apenas uma delas relatou participar das reuniões desta associação. Expressa-se neste ponto uma ambivalência entre dizer que o

suporte é importante e desejável, mas não fazerem o movimento de usufruir dos recursos existentes.

O único movimento, apontado por todas as entrevistadas, como busca por recursos para lidar com o diagnóstico dos filhos, foi a busca por informações na internet. Este movimento, somado aos relatos de que os filhos estão inseridos em diferentes estratégias de cuidado (fonoaudiólogas, analistas do comportamento especializadas em autismo e terapeutas ocupacional) pode ser percebido como contrário à entregar-se à experiência natural da maternidade, como proposto por Winnicott (1980).

Winnicott sinaliza em sua obra a importância de que a mãe possa exercer sua maternidade mais próxima à uma instintualidade, sem interferência de discursos especializados que lhe oferecesse receitas de um materno ideal. No caso de uma mãe não-saudável, sendo reconhecida como tal, é que se fariam necessárias intervenções especializadas para auxiliá-la na sua tarefa de materno. No caso das entrevistadas, percebe-se a busca por informações de caráter apenas intelectual, que não é capaz de prover o suporte verdadeiramente necessário a essas mães. Desta forma, é possível reconhecer este movimento como uma estratégia de fuga para a sanidade-intelectualidade.

Assim, pode-se considerar o estado de fuga destas mães como resistência ao papel de devoção que seria exigido na revivência do estado de dependência absoluta, que proveria aos filhos a possibilidade de retomar o desenvolvimento maturacional e tornaria novamente possível a continuidade de ser. Em vez disso, todas as mães entrevistadas destacaram o tratamento com ABA (Applied Behavior Analysis) como sendo o recurso mais importante na melhora de seus filhos.

A Análise do Comportamento Aplicada ao autismo é uma estratégia de intervenção que designa um terapeuta de referência para o ensino de habilidades à criança, partindo do preceito que essa aprendizagem só será eficaz caso a criança esteja

feliz, relaxada e engajada (HRE). Para isso o tratamento se dá de modo intensivo, com atendimentos de 1 a quatro horas de duração, sendo realizados diariamente, além da possibilidade de um acompanhante terapêutico que faça o trabalho de suporte à criança em espaços de sua convivência social, como escola e áreas de lazer. O aplicador do método serve como alguém que identifica as necessidades da criança, ensina-a sobre como manifestar suas necessidades e lidar adequadamente com seus afetos. Além disso, a função de intermediação entre a criança-mundo e o papel de contenção afetiva em momentos de desorganização também fazem parte das atribuições do acompanhante-terapeuta ou analista do comportamento aplicador do método. Em outras palavras, o profissional do método ABA faz a função de ambiente facilitador da criança permitindo que ela avance no seu processo de desenvolvimento maturacional.

Algumas das mães entrevistadas chegam a reconhecer que aprender a aplicação do método seria algo importante para as famílias, tanto para que houvesse um aumento no estímulo das crianças, quanto para que elas pudessem ter recursos adequados para lidar com os próprios filhos, principalmente diante de comportamentos de desregulação. Além disso, uma das entrevistadas aponta que os conhecimentos do ABA (que recebe por orientação da terapeuta responsável pelo atendimento de seu filho) seriam importantes e significativos para pais de qualquer criança “para que pudessem compreender e lidar melhor com as reações emocionais e comportamentos difíceis” (sic) dos filhos.

O uso de expressões como “desregulação” e “manejo da crise” foram palavras técnicas que se apresentaram no discurso de algumas mães. Além da intelectualização da experiência junto ao filho com diagnóstico de TEA - citada anteriormente - pode-se observar uma desafetação de quase todas as mães ao relatarem as experiências de comportamentos disruptivos de seus filhos, como se não pudessem manifestar sua perspectiva emocional diante des-

tes fatos sem parecerem emitir um juízo de valor negativo sobre as crianças. Para as pesquisadoras, é possível retomar os estudos feitos por Dias (1998) acerca da etiologia da defesa por invulnerabilidade como oriunda do ódio inconsciente da mãe.

O ódio materno, que se faz necessariamente presente na relação mãe-bebê, ao ser ocultado promove defesas que podem levar a consequências desastrosas. A ausência da ambivalência amor/ódio poderia impedir que a mãe se torne sensível às necessidades de seu filho. Deste modo, percebe-se que além da fuga pela intelectualização, silenciar a ambivalência emocional por ter um filho diferente do idealizado - que “atrai olhares de julgamento na rua” (sic.) - promove um extremo desgaste físico e emocional e as leva a abdicar de tempo para si, aumentando a barreira que distancia essas mães da possibilidade de re-experienciar o vínculo de dependência com sua criança e ocupar o lugar de mãe-ambiente.

Uma das mães diz: “Eu não consigo acalmar o meu filho. Outra mãe acalma o meu filho, mas eu não consigo acalmar. Porque quando você se estressa mais que ele, vira competição. Só que aí não pode.” (sic.). É possível compreender que existe um silenciamento dos conflitos emocionais maternos diante da condição atípica de seus filhos a partir do argumento de que: é preciso que sejam compreensivas com a condição de deficiência da criança. O que as mães manifestam em seu discurso, em termos de expectativas, está atrelado a manifestações de fé e confiança de que os métodos de intervenções possam ser eficazes. Em suas falas expressam como se fossem impotentes diante da condição de seus filhos e apenas um terceiro (seja Deus ou um profissional) pudessem prover cuidados adequados capazes de mobilizar mudanças. (Araújo, 2003).

Por fim, a partir desta pesquisa é possível perceber a necessidade de se propagarem estratégias de cuidado que não se concentrem apenas na função de reabilitação e acolhimento

da criança com TEA, mas que seja capaz de envolver a família, adaptando-se as necessidades de cuidado e lhes oferecendo sustentação para que possam se tornar um ambiente facilitador suficientemente bom para que todos possam retomar sua continuidade de ser, tornando cada vez menos necessários os mecanismos de defesa que se impõe na relação mãe-filho.

REFERÊNCIAS

Araújo, Conceição A. Serralha de. (2003) **Winnicott e a etiologia do autismo: Considerações acerca da condição emocional da mãe**. Estilos clin., São Paulo , v. 8, n. 14, p. 146-163, jun. 2003.

Dias, E. O. (1998). **A teoria das psicoses em D. W. Winnicott**. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP.

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

_____ (1963). **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed.

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

DAS FALHAS DOS CUIDADOS PARENTAIS QUE CRIAM DOR À CRIAÇÃO DE NOVOS ARRANJOS EXISTENCIAIS: A IMPORTÂNCIA DO ESPAÇO ANALÍTICO SUFICIENTEMENTE BOM¹

FROM FLAWS IN PARENTAL CARE THAT CREATE PAIN ON THE CREATION OF NEW EXISTENTIAL ARRANGEMENTS: THE IMPORTANCE OF GOOD ANALYTICAL SPACE

LUCIANA FIM WICKERT²
BÁRBARA ELISA ZWETSCH³

Resumo

Este artigo é resultado das formulações clínicas das autoras, que escutam de seus analisandos frequentes narrativas sobre a sensação e percepção de falhas dos cuidados parentais recebidos. Tal cenário levou-as à pergunta: diante da sensação de precariedade dos cuidados, quais construções clínicas são necessárias para potencializar outros arranjos existenciais? Para tanto, este trabalho propõe-se a articular os conceitos de falha básica, adaptação à criança, parentalidade suficientemente boa, regressão à dependência e elasticidade da técnica, desenvolvidos por Sandor Ferenczi, Michael Balint, Donald Winnicott e psicanalistas contemporâneos que retomam a obra destes autores. Em nossa discussão, afirmamos que existem especificidades na construção do espaço clínico com estes analisandos que passam pelas capacidades reflexiva, empática e de saúde do analista.

1 Artigo inédito, desenvolvido a partir da escuta clínica das autoras, de maneira autônoma, sem filiação à instituição de ensino e pesquisa, ou espaço de formação.

2 Psicóloga. Psicanalista. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS (2002). Atualmente trabalha de maneira autônoma, em consultório particular. E-mail: luwickert@uol.com.br. (51) 99180.7585

3 Psicóloga. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS (2013). Atualmente trabalha de maneira autônoma, em consultório particular. E-mail: barbarazwetsch@gmail.com. (51) 99336.6930

Palavras-chave: relação paciente-analista; falha dos cuidados parentais; elasticidade da técnica; construção do espaço clínico.

Abstract

This article is the result of the clinical formulations of the authors, who frequently hear from their analysand's narratives about the sensation and perception of failures in received parental care. Such a scenario led them to the question: faced with the sensation of precariousness in care, what clinical constructions are necessary to enhance other existential arrangements? Therefore, this work aims to articulate the concepts of basic fault, adaptation to the child, good enough parenting, regression to dependence, and elasticity of technique, developed by Sandor Ferenczi, Michael Balint, Donald Winnicott, and contemporary psychoanalysts who revisit the work of these authors. In our discussion, we assert that there are specificities in constructing the clinical space with these analysands that involve the analyst's reflective, empathetic, and health capacities.

Key-words: patient-analyst relationship; failure of parental care; elasticity of technique; construction of the clinical space.

Introdução

Ele me bateu. Cinara não vê a mínima reação no rosto daquele que a cuida. Pai, ele me bateu no rosto. Escorrem as lágrimas. João, o pai, continua a passar o café. Não esboça qualquer ação além das exigidas pela feitura da bebida quente. A filha duvida se as palavras saíram da sua boca. Pai, você me escutou? Nada. Silêncio. Será que ele enxerga o pequeno corte no lábio?

O café é posto na mesa. Pão da padaria da esquina, geleia do supermercado e xícaras desemparelhadas. Cinara senta e olha para o pai. Continua a duvidar se disse algo. Vê uma ligeira tristeza nos olhos cinzentos do homem com roupa de domingo. Cansaço. Ausência. Será que existe alguém neste corpo que passa o café?

João fala. A filha custa a entender. São as únicas palavras que

vem do pai. Cinara titubeia. Entendi bem? Será que é isto mesmo o que ele me diz? Mas a frase do pai confirma: filha, não tem açúcar.⁴

Cenas da vida corriqueira inundam nossa clínica psicanalítica diariamente. Sessão a sessão, dores, desejos e impasses são apresentados em fala e vamos encontrando muitas histórias de desamor, negligência e solidão advindas da sensação, por vezes percebida, outras não, da precariedade dos cuidados parentais recebidos ao longo da vida. Escutando tom de voz, silêncios, nos deparamos com a busca de uma escuta que testemunhe e potencialize novos arranjos existenciais. Estar disponível e sensível à construção de outros caminhos à experimentação do amor, que no espaço terapêutico relaciona-se ao acolhimento, à confiança e à empatia, é ato analítico. Assim, pensar sobre o ambiente clínico que o analista constrói com o analisando para que este possa fazer o caminho de regresso às experiências vividas por outras vias que não a da repetição da falha é tema importante para a psicanálise.

Com este intuito, tecemos alguns apontamentos para a pergunta: diante da sensação de precariedade dos cuidados parentais, quais construções clínicas são necessárias para potencializar outros arranjos existenciais?

Para tal, nos propomos a articular os conceitos de falha básica, adaptação da família à criança, parentalidade suficientemente boa, regressão à dependência e elasticidade da técnica, apoiando-nos nos trabalhos de Sandor Ferenczi, Michael Balint, Donald Winnicott e nas discussões teóricas contemporâneas que retornam com vitalidade à obra destes autores.

Arriscar um recomeço: a chegada e a constituição do espaço de cuidado

4 Miniconto produzido por Luciana Wickert, no projeto *Objetos em contos* (2020), não publicado.

Eu me criei sozinho. Meus pais não tinham tempo para mim.⁵

O paradigmático implícito na epígrafe pode nos dizer dos processos defensivos que costumam operar em situações de percepção e sensações de falhas ambientais, quando os pacientes constroem, com os recursos que dispõem, formas de sobreviver, criando, por vezes, muralhas de proteção. Ao recebê-los na clínica, é preciso sensibilidade para perceber que abrir os portões da vida não é tarefa fácil e que, ao buscar a escuta de um analista, o paciente retoma, no tempo presente, os movimentos de esperança de ter seu EU reconhecido e acompanhado na sua existência.

Contudo, ao mesmo tempo em que há movimentos de esperança, é frequente a percepção dos analistas de que pacientes que experimentaram precocemente sensações e vivências de abandono e/ou desamor desconfiam das motivações do terapeuta e duvidam se estes serão capazes de entender o que se passa com eles. Por vezes, as intervenções do analista podem ser percebidas como um ataque, desencadeando respostas tomadas pelo sentimento de decepção, ativando o que Balint (1968/2014) chama de angústias persecutórias⁶ que, não raro, são endereçadas ao profissional como queixas de incompreensão.

Não é isso. Tu não tá entendendo.

Balint (1968/2014) teorizando sobre o endereçamento da incompreensão das necessidades do analisando ao analista, articulado as sucessivas narrativas e lembranças de falhas nos cuidados, formula o conceito de falha básica. O termo se constitui como conceito pela observação de que a palavra falha era costumeiramente utilizada

5 Utilizaremos pequenas frases ficcionais ao longo do artigo que são inspiradas em nosso cotidiano clínico, sem o uso de palavras diretas dos analisandos.

6 “A angústia persecutória é vivida como uma ameaça à sobrevivência e à integridade do ego, medo de aniquilamento, ameaça de destruição” (RAMOS, 2008, p. 99).

pelos analisandos para descrever as suas problemáticas, com sucessivas narrativas de que eles entendiam que alguém falhara, bem como a percepção de que tal questão sempre vinha carregada de muita angústia, desespero e demanda de que o analista não pudesse repetir tal feito. Ele postulou que esta experiência está em um nível mais primário do que o edípico, onde a linguagem verbal tem pouco acesso, assim estaríamos diante de um nível pré-verbal, que se distingue de uma posição, um conflito ou de um complexo. Nas palavras do autor “muitas vezes a linguagem adulta pode ser inútil, ou enganadora, para descrever eventos nesse nível, pois nem sempre as palavras estão de acordo com seu significado convencional” (Balint, 1968/2014, p. 40).

Portanto, diante de pacientes com queixas e/ou sensações de falhas nos cuidados básicos, é imprescindível que nos perguntemos quanto ao ambiente clínico necessário para que existam condições de criação de outras formas de viver, menos marcadas pelo sentimento de falha ou perda:

O abismo que separa o paciente do analista precisa ser atravessado se quiser continuar o trabalho terapêutico. No entanto, é preciso compreender que o paciente - isto é, “a criança dentro do paciente”, na idade da falha básica - é incapaz de atravessar o abismo por conta própria. A grande questão técnica é: como atravessar esse abismo? Que parte dessa tarefa deve ser feita pelo analista e qual deve ser deixada ao paciente? (Balint, 1968/2014, p. 100)

Acolher com modéstia⁷ o apontamento da sensação de incompreensão do analista é importante para a construção do laço terapêutico e é campo de trabalho, seja para o analista pensar seu labor e possíveis incompreensões, seja para se perguntar: o que não se entende? Quem não entende?

⁷ Termo utilizado por Ferenczi (1928/2011) quando se refere ao quão nocivo é o analista que assume uma postura autoritária ou professoral. O autor destaca a importância da modéstia como “expressão da aceitação dos limites do nosso saber” (p. 36) e ação necessária para que a experiência de sentir com seja vivida na relação analista-paciente.

Ao pensar sob esse prisma, do nível das relações objetais iniciais, a falha pode ser compreendida como uma dificuldade da adaptação dos adultos nas relações estabelecidas durante os cuidados iniciais da criança. O que está em questão na relação com o outro na análise destes pacientes, portanto, é a reivindicação de um espaço intersubjetivo seguro. O texto de Sandor Ferenczi (1927/2011) colabora com a nossa discussão quando destaca a necessidade de que o primeiro movimento de adaptação da chegada de uma criança à família precisa partir dos adultos, na medida em que a criança é um ser em desenvolvimento que necessita de adultos acolhedores e provedores de um espaço protegido e investido de potência para a experimentações do vir a ser. Articulando-se com tal problematização, Kupperman (2017) propõe princípios para um estilo clínico qualificado pela ética do cuidado: hospitalidade, empatia e saúde do analista. A hospitalidade⁸, que nas palavras de Kupermann (2017) proporciona as condições ao “acolhimento necessário à experiência vital de constituição de si e ao ludismo criador” (p.21) pode ser pensada como nossa primeira função quando da chegada do paciente: construir condições de acolhida para aquele que chega, estando afetivo e eticamente dispostos a receber e a tentar compreender quem nos procura.

O analista precisa estar atento ao quanto que, para o analisando organizado a partir dessas experiências e percepções de falha, viver um estado de vulnerabilidade na relação de cuidado é um ato ousado e arriscado, que mobiliza medos e angústias muito inaugurais da sua relação com o mundo e que uma escuta clínica pautada unicamente pela comunicação verbal, no nível dos adultos, pode reeditar a sensação de falha e inviabilizar a criação de condições para que experiências de confiança possam emergir na clínica.

Deste modo, quando o analisando diz que não estamos o enten-

8 A discussão filosófica de Jacques Derrida é basilar para o conceito de hospitalidade. Sugerimos a leitura do livro: Anne Duformantelle convida Jacques Derrida a falar de hospitalidade. São Paulo: Escuta, 2003.

dendo, talvez esteja sinalizando que não estamos no mesmo registro de linguagem. É preciso alterar o tempo da linguagem. Sair do tempo da interpretação, quando falamos da criança para falarmos com a criança (Kupermann, 2017).

Ao acolhermos a percepção do analisando de que não está sendo entendido, percebemos efeitos profícuos e terapêuticos de tal ação, abrindo-nos a pensar na nossa segunda função junto à hospitalidade: pensar a técnica psicanalítica a partir do paciente, não o contrário. Tal premissa tem como balizador o conceito de elasticidade da técnica (Ferenczi, 1928/2011) e o princípio da empatia (Kupperman, 2017). A escuta constituir-se-á, portanto, em um processo que passa não somente pela leitura do conteúdo trazido pelo paciente, como pela sensibilidade do analista em “sentir com” o paciente como as suas relações com o outro se constituem, qual a posição assumida e quais outras possibilidades de construção de existências.

Esperançar novos começos e suas vicissitudes

Eu estou cansado de me sentir assim, não aguento mais. Só que eu não consigo mudar isso! Mesmo que eu tente, eu não consigo me sentir diferente. Toda vez que eu me relaciono com alguém é a mesma coisa: ela faz algo que me decepciona, eu fico muito mal com isso e parece que nada mais vale a pena, que eu nunca mais vou encontrar alguém.

Falhas, fracassos e dificuldades fazem parte da vida de todos. Ter a chance de lidar com as parcialidades do viver, com a superação das dores e dos traumas é campo fértil para a existência. Quando o analista está atento e sensível a isso, abre-se no processo a possibilidade de uma nova construção de si por suplementação, como proposto por Rodolfo (2009). Na suplementação, há uma nova construção, passado e presente co-criando um porvir. Ele destaca que a transicionalidade é experiência com valor de realidade. Como tal, não vem substituir ou representar algo, seu feito é de criação.

Para que se possa resguardar esta possibilidade de criação, entendemos que é preciso ofertar um espaço clínico sustentado pela confiança, hospitalidade e articulado com a sensibilidade técnica capaz de se traduzir em elasticidade do saber adaptar-se às necessidades do paciente. Problemática que Ferenczi (1928/2011) trabalha em Elasticidade da técnica psicanalítica ao destacar a importância do tato psicológico – faculdade de *sentir com* – do analista:

...de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente. (Ferenczi, 1928/2011, p. 31)

Em diálogo ao proposto, Kupperman (2017) apresenta o segundo princípio, da empatia, cuja tradução literal seria “sentir dentro”, que se entrelaça à hospitalidade na construção do espaço terapêutico. Trata-se do conjunto afetivo que nos possibilita sentir com o paciente, colocar-nos na sua situação e ainda refletir sobre outros caminhos. É preciso compreender a empatia não somente como a capacidade do analista de ser afetado pelo sofrimento do analisando, como também a sua capacidade de afetar o analisando, trazendo à tona o caráter ressonante deste processo. Portanto, a ideia de elasticidade da técnica não pressupõe ausência de tensão, pelo contrário, o elástico é flexível para não se romper com o tensionamento, mas não ao ponto de não oferecer sustentação por meio da tensão ao sujeito que o tensiona. Para Kupermann (2017), o analista deveria, assim, operar como o “diapasão capaz de sintonizar as modulações afetivas do paciente” (p. 22).

Nesse aspecto, podemos pensar a proposição de Donald Winnicott (1990) quanto à importância do ambiente para os processos maturacionais e sua conceituação de mãe suficientemente boa, tendo em vista

sua contribuição para a compreensão deste preparo e acolhimento dos cuidadores para a chegada de um novo integrante à família. Aqui fazemos um adendo: apesar de Winnicott (1990) ser categórico em privilegiar a mãe como a pessoa certa para cuidar, preferimos pensar e articular tal conceituação como “cuidadores suficientemente bons”, visto que é preciso desconstruir o imperativo de que os cuidados devem ser um predicado das mulheres. Articular o entendimento de cuidadores suficientemente bons é dar luz a outras possibilidades de amor e cuidado.

O cuidado suficientemente bom está para além da satisfação das necessidades básicas da criança. Envolve sensibilidade, afetos e atenção, com cuidadores capazes de perceberem o tênue equilíbrio entre proporcionar um espaço que estimule a criança a explorar suas possibilidades de construir, e ao mesmo tempo, que estejam aptos a identificar quando essas experiências extrapolam as capacidades do infante dar conta, estando presente para ofertar proteção. Um trabalho que exige dos cuidadores abertura para si⁹ e para o outro.

Na medida em que nos reportamos à empatia, ou ao “sentir dentro”, fica evidente o quanto que o terceiro princípio proposto por Kupperman (2017), da saúde do analista, sustentada pela análise pessoal e a supervisão, opera na ética do cuidado, afinal, a sua capacidade de sentir, escutar, diferenciar e criar no ambiente terapêutico constrói-se a partir do seu próprio espaço de cuidado, onde pode sentir-se acolhido e sustentado em suas necessidades e experiências pessoais.

Da delicadeza em transitar da dependência à autonomia (Considerações finais)

Eu não sei como eu teria chegado até aqui sem ti. Eu não conseguiria fazer esse caminho sozinho. Em vários momentos eu achei

9 Ferenczi (1928/2011) já alertava sobre a necessidade de autocompreensão dos adultos sobre os seus próprios processos emocionais a fim de que pudessem fazer o cuidado parental, pois salientava que ao esquecerem de sua própria experiência infantil, os cuidadores enfrentam dificuldades em estabelecer ligações com as necessidades do infante.

que não teria possibilidade de mudar, mas tu sempre esteve ali, me apoiando para não desistir.

Há um caráter assimétrico nos processos maturacionais. Na família, a assimetria está relacionada à dependência do infante em relação aos adultos. Na análise, a assimetria está referida à responsabilidade ética do analista na condução do processo, bem como, a sua formação, que deve conferir a capacidade de entrar em contato com as questões inconscientes do paciente e as suas próprias e ainda ser hábil em formular construções e interpretações a partir desta experiência (Ribeiro, 2020). Ao estar disponível ao outro, o analista cria condições para que o analisando, tendo estabelecido uma relação de confiança com o analista, experimente o estado de relaxamento que Winnicott (1971/1975) propõe, estado que permite ao sujeito “se formar e existir como unidade (...), como uma expressão do EU SOU, eu estou vivo, eu sou eu mesmo” (p. 83). Como afirma Kupperman (2017) “desfrutar pela primeira vez a irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos de vitalidade positivos e razões para se continuar existindo” e, onde, a partir dessa posição, “tudo é criativo” (p. 21).

Nesse sentido, Winnicott, citado por Kupermann (2008), enfatiza que a regressão é condição *sine qua non* em casos de pacientes severamente traumatizados. Mas a que regressão estamos nos remetendo? Regressão a um estado de dependência onde o outro é um ser confiável. A experiência de regressão implica, portanto, um estado de dependência significativo, que cria condições de “corrigir uma adaptação à necessidade inadequada no histórico anterior do paciente” (Winnicott, 1954/2021, p.436). Contudo, pode se tornar um perigo se o analista não sabe manejá-la ou quando não consegue encarar a dependência que dela decorre. Sendo assim, destacamos o quão a saúde do terapeuta, aliada à técnica, opera nos processos de potencialização do amadurecimento do paciente.

Um ambiente terapêutico suficientemente bom suscita ao paciente “a esperança de que o verdadeiro self poderá finalmente correr os

riscos em começar a experimentar viver” (Winnicott, 1955-56/2021, p. 489), ou seja, dá sustentação a novos movimentos do viver. Contudo, é preciso pontuar que, diferente dos primeiros meses de vida, numa análise, o paciente tem consciência dos riscos inerentes à confiança e este cenário também age no processo terapêutico.

Dito isto, é interessante discutirmos o possível uso das falhas do analista no espaço clínico. Como destaca Winnicott (1955-56/2021) sempre haverá falhas, visto que a posição de cuidado não é isenta destas. A questão é como elas serão trabalhadas pela dupla analisando-analista. A compreensão de que a falha do analista pode ser usada e tratada como uma falha antiga é um recurso técnico importante, pois abre um caminho para que o paciente possa perceber, abarcar uma falha antiga e zangar-se por isso. Ao contrário, se o analista se defende, consciente ou inconscientemente, ele dificulta a experiência de elaboração do paciente. As condições de saúde do analista são cruciais, visto que ele precisa ser capaz de lidar com as críticas, com a raiva real, que se enlaça com a raiva dos primeiros momentos que não pode ser sentida e/ou elaborada. Trata-se de um labor que exige uma posição de autorreflexão e modéstia. Entender que fazer uso de uma falha do analista é uma chance de reconfiguração dos afetos é um preceito ético-técnico. É preciso que o analista seja “...capaz de usar suas próprias falhas naquilo que elas significam para o paciente, sendo necessário que ele assuma a responsabilidade sobre cada uma delas, mesmo que isso implique exatamente sua contratransferência inconsciente.” (Winnicott, 1955-56, 2021, p. 491)

Quando o analista consegue fazer uso de sua falha e ambos, terapeuta e paciente, sobrevivem a ela, abre-se possibilidade de um novo tempo na relação terapêutica, onde a relação assimétrica movimentar-se e coloca em evidência a pergunta de Balint (1968/2014): quais cuidados são tarefas do analista e quais partes devem ser deixadas a cargo do paciente? Em que pese não haver resposta pronta para esta pergunta, um dos balizadores para a construção da resposta aponta para a importância da saúde do analista e de seu desejo genuíno

pró-amadurecimento, pois “...o amor da mãe, ou do terapeuta, não significaria apenas um atendimento às necessidades de dependência, mas vem a significar a concessão de oportunidade que permita ao bebê, ou ao paciente, passar da dependência para a autonomia”. (Winnicott, 1971/1975, p. 150).

O trabalho clínico passa, portanto, pela disponibilidade do analista em encontrar vias de se adaptar às necessidades do analisando e compor com este, como também, por saber da importância de tornar-se prescindível. Sua experiência deve operar no sentido de ofertar um espaço de confiança que favoreça ao analisando sentir-se em condições de refletir sobre si e o mundo, abrindo oportunidades de outras ou novas experiências criativas e, ao mesmo tempo, estar atento aos movimentos do sujeito para que, paulatinamente, ao perceber as condições dele em sustentar-se, tornar-se desnecessário.

REFERÊNCIAS

Balint, M. (2014). **A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão**. 2. ed. São Paulo: Zagadoni. (Trabalho original apresentado em 1968)

Derrida, J. (2003). **Anne Dufoumantelle convida Jacques Derrida a falar de hospitalidade**. São Paulo, Escuta.

Ferenczi, S. (2011). **Obras Completas: Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1927-1934).

Kupermann, D (2017). **Estilos do Cuidado**. São Paulo: Zagadoni Editora.

_____ (2008) **Presença Sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes e Ecos.

Ribeiro, M. (2020). **Sobre reciprocidade e mutualidade no conceito de terceiro analítico de Thomas Ogden.** In Kupermann, D., Gondar, J. & Dal Molin, E. Ferenczi: inquietações clínico-políticas. São Paulo: Zagadoni.

Ramos, M. B. J (2008). **Presente do passado: o trabalho analítico. Estudos psicanalíticos.** Belo Horizonte, n. 31, p. 95-103. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372008000100012&lng=pt&nrm=iso, acesso em 24 nov de 2023.

Rodulfo, R. (2009) **Trabajos de la lectura, lectura de la violencia: lo creativo-lo destructivo en el pensamiento de Winnicott.** Buenos Aires: Paidós.

Wickert, L. (2020) **Açúcar, Objetos em Mini-contos**, não publicado.

Winnicott, D. (1975) **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho publicado originalmente em 1971).

_____ (1990) **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago Editora.

_____ (2021) **Da pediatria à psicanálise.** São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1954-56).

ISOLAMENTO, PATOLOGIA E OS SUSTOS DO PSICOTERAPEUTA¹

ISOLATION, PATHOLOGY AND THE PSYCHOTHERAPIST'S SCARES

MARISA CINTRA BORTOLETTO²

Resumo

Este trabalho tem como objetivo falar sobre sustos de psicoterapeutas. O primeiro aconteceu durante um atendimento online de uma paciente num estado gravíssimo. Tal fato ocorreu durante o período da pandemia. O argumento do texto está baseado na história psíquica da paciente, anterior à pandemia, e o agravamento dos sintomas existentes. O segundo susto se deu com outra paciente e outro psicoterapeuta, na sala de atendimento, em 2022, quando as sessões ocorriam de forma presencial. O trabalho inicia com um breve histórico sobre demandas psíquicas apresentadas na Verbo Clínica Psicológica, nos últimos trinta anos. Vamos recorrer a autores como: Marisa Bortoletto, Roosevelt Cassorla, Christian Dunker, Cláudio Thebas, L. Claudio Figueiredo, Leopoldo Fulgencio, Leonardo Goldberg e Claudio Akimoto, Maria Homem, Marion Minerbo e Donald Winnicott.

Palavras-chave: demandas psíquicas, isolamento, vídeo chamada, furacão, sustos e psicoterapeutas.

Abstract

This work aims to talk about scares of psychotherapists. The first happened during online care for a patient in a very serious condi-

1 Trabalho apresentado no III Encontro Sul-Brasileiro de Clínica Psicanalítica, em Balneário Camboriú, de 18 a 19 de agosto de 2023

2 Marisa Cintra Bortoletto é psicóloga psicanalista, diretora da VERBO Clínica Psicológica, localizada em São Paulo (SP). E-mail: verboclinica@hotmail.com. (11) 97655-1928

tion. This fact occurred during the pandemic period. The argument of the text is based on the patient's psychological history, prior to the pandemic, and the worsening of existing symptoms. The second scare occurred with another patient and another psychotherapist, in the treatment room, in 2022, when the sessions were taking place in person. The work begins with a brief history of psychic demands presented at Verbo Clínica Psicológica, over the last thirty years. We will turn to authors such as: Marisa Bortoletto, Roosevelt Cassorla, Christian Dunker, Cláudio Thebas, L. Claudio Figueiredo, Leopoldo Fulgencio, Leonardo Goldberg and Claudio Akimoto, Maria Homem, Marion Minerbo and Donal Winnicott.

Keywords: psychic demands, isolation, video call, hurricane, scares and psychotherapists.

Introdução

Este trabalho pretende trazer breves reflexões sobre transformações ocorridas nos últimos trinta anos de atendimento psicoterápico. O argumento está baseado na experiência da VERBO³ Clínica Psicológica, a qual vem acompanhando, entre outras questões, as mudanças na maneira como os pacientes buscam a ajuda psicoterápica.

Vamos focar na entrada da quarta década frente aos avanços tecnológicos, e no impacto da pandemia sobre as demandas psíquicas, com a apresentação de dois casos clínicos.⁴

O primeiro foi por nós denominado Furacão Katrina (2021), o qual nos surpreendeu pelo estado psíquico da paciente e o efeito sobre o psicoterapeuta. Katrina viveu o momento da pandemia em extremo isolamento social e familiar, era uma pessoa solitária em suas tarefas laborais, atendendo clientes por meio de vídeo chama-

3 No trabalho vamos nos referir ao nome VERBO como referência à clínica psicológica

4 As situações clínicas apresentadas não caracterizam nenhum paciente específico.

das. Outro aspecto a ser tratado será: o susto do psicoterapeuta no momento da primeira entrevista online, uma situação clínica, que nos pareceu ser a passagem de um furacão.

O segundo susto ocorreu com outra paciente, que chamaremos de Alice. A psicóloga era outra e o local do atendimento a sala do analista, em 2022, quando as sessões já ocorriam de forma presencial.

A estrutura construída nesta clínica, desde sua fundação, teve como objetivo criar um ambiente suficientemente bom - tanto para o acolhimento do paciente como para o psicoterapeuta desenvolver a terapia. O *setting* institucional, aqui compreendido dentro da tradição winnicotiana, apresenta um ambiente não intrusivo. Como sabemos, o modo como o paciente é recebido já conduz ao estabelecimento da confiança ao iniciar o tratamento. Entretanto, a experiência nos mostra que as inevitáveis distorções, que o distúrbio mental costuma criar, trazem consigo surpresas psíquicas expressas nas deformidades da realidade.

Um importante aspecto, dentro da história teórico-clínica da instituição, ocorreu a partir do estudo da linguagem do psicanalista inglês Donald Winnicott, quando pudemos compreender que grande parte dos conceitos do autor nos ofereceu uma contribuição consistente às demandas psíquicas de décadas.

“Por Que Winnicott?” Leopoldo Fulgencio (2016) expressa, em sua obra, as influências recebidas por Winnicott, desde a experiência como pediatra, o vasto conhecimento da obra de Freud, suas concordâncias e divergências, bem como a influência dos pensadores das linhas existencialista e fenomenológica, como Kierkegaard e Heidegger, entre outros. E traz a experiência clínica de Winnicott como determinante da teoria por ele desenvolvida:

Em sua clínica, encontrou pacientes que manifestavam problemas referidos ao fato de não se sentirem reais, de não julgarem que a vida valia a pena ser vivida, acreditando que a vida era fútil ou não era deles... pacientes que tinham grande dificuldade de confiar... não terem esperança de encontrar

algo na vida que pudesse entendê-los ou servir para eles... (Fulgencio, 2016, p. 21).

Consideramos estes casos clínicos, “furacão Katrina e o caso Alice”, exemplos de pacientes que pedem ajuda num estado de desespero, e esperam ser compreendidas. Todavia, os comportamentos apresentados foram impactantes e inesperados para os psicoterapeutas.

Demandas psíquicas

... a palavra demanda... significa contestação, discussão, ou seja, a demanda é aquilo que nos faz pensar e falar e pode também criar disputa e discórdia... demanda também significa pergunta... questões a serem compreendidas e estudadas... Em demanda, nada mais é do que a procura de algo, de um conhecimento entre a teoria e a clínica psicanalítica (Bortoletto, 2009, p. 29).

O período de mais de três décadas de trabalho psicoterápico vem permitindo acompanhar diferentes patologias, que foram aparecendo e se tornaram diagnósticos que caracterizaram uma época, vieram a ter popularidade junto aos pacientes, e por vezes representaram um tipo de alívio. Ofereciam, de alguma maneira, o efeito de legitimar os sintomas, e a medicação indicava uma garantia de cura.

A síndrome do pânico pode ser considerada um dos diagnósticos mais conhecidos pela população. Em geral, os pacientes já explicavam suas queixas e entendiam estarem sofrendo dessa síndrome. Como sabemos, os diagnósticos têm o efeito de um “funil” e contribuem para o aumento das resistências ao processo psicanalítico, o qual trabalha na inversão do funil, buscando a ampliação dos vértices do funcionamento psíquico.

A bipolaridade ajudou pacientes a distinguirem as diferenças de temperamentos, e trouxe um conhecimento sobre essa oscilação de humor e os transtornos causados na vida amorosa, financeira e de

trabalho. O atendimento de crianças autistas mostrou ser uma valiosa contribuição aos pais e uma possibilidade de desenvolvimento e atenção aos pequenos. Atualmente, acompanhamos as demandas psíquicas referentes à síndrome do esgotamento profissional (*burnout*) e a disforia de gênero.

Nossa demanda de pacientes adultos mostra, até hoje, uma característica peculiar. A maior parte dos pacientes realizava atividades burocráticas e/ou de alta pressão no sentido de objetivos e metas. As condições de trabalho dão indícios de que o ambiente seria propenso ao adoecimento mental e pouco favorável aos processos criativos. Por outro lado, essas pessoas têm como benefício uma assistência médico-psicológica, a qual oferece um caminho de aproximação aos aspectos inconscientes das personalidades, como se a direção dos atendimentos clínicos tivesse sua origem nos diagnósticos determinados pelas classificações psiquiátricas, para então adentrar na escuta psicanalítica.

A busca da psicoterapia

Numa visão retrospectiva, temos tido a oportunidade de observar as mudanças na forma como os indivíduos expressam aquilo que os levou a buscar ajuda. Além da fala de suas mazelas, há a procura por uma escuta privilegiada, que possa trazer alguma apreensão de si mesmo. A comunicação da história de vida permite que esta possa ser ressignificada, proporcionando o alcance de novos sentidos. Como sabemos, desde criança somos levados a aprender a recriar o mundo e seus problemas, numa atitude lúdica, que nos prepara para vivê-lo melhor (Christian Dunker & Cláudio Thebas, 2019). Ao longo da vida podemos vir a precisar de um psicoterapeuta a nos acompanhar nesse movimento de criar e recriar nossa própria existência.

Anos 1990. Afetos e idealizações amorosas

Nos anos 1990, João chega na primeira entrevista esperançoso de alcançar a cura, e deposita na psicoterapia o alcance da

elaboração de suas limitações emocionais nos relacionamentos amorosos. Desde o início, era possível notar que suas demandas psíquicas eram mais profundas e com fixações primitivas, fantasias, e com origem em uma família disfuncional. Apresentava uma visão romântica dos relacionamentos amorosos, e idealizada quanto à realização de seus desejos.

João dizia: Eu queria muito encontrar a mulher que me fará feliz. ... Quero que me ame plenamente e seja uma boa companheira. Venho em busca de saber o porquê dessa dificuldade. Já havia se apaixonado várias vezes, e entrou em inúmeras trapalhadas e “frias”, resultando numa vida amorosa conturbada.

Notamos que o paciente tinha pouca ideia sobre a existência de um mundo mental, e atribuía às mulheres a responsabilidade por inúmeras desilusões. Afirmava que elas eram muito “trabalhosas”. Estas falas são de um homem com 35 anos no final do século XX, que hoje soa como a expressão das novelas e romances da época.

Anos 2000. Segredo de Lúcia

Uma das novidades desta década foi a expansão do número de pacientes com transtornos alimentares, e pedidos de relatórios para a liberação de cirurgias bariátricas. As consultas a nutricionistas e as dietas alimentares passaram a ser solicitadas com mais frequência. A demanda manifesta era o sobrepeso, e o que estaria, então, latente?

Gustavo tinha doze anos e estava na sexta série quando sua mãe procurou a clínica. Na época o garoto estava acima do peso e foi considerado obeso pela pediatra... Lúcia conta que rejeitou o menino desde a sua concepção. O diagnóstico de obesidade foi sentido como se ela tivesse sido desmascarada em sua culpa e na forma de tratar do filho. O segredo de Lúcia, assim descoberto, ajudava a compreensão dos comportamentos regredidos de Gustavo e a ansiedade exacerbada. Parece ter ocorrido uma incapacidade materna para reconhecer o universo infantil do próprio

filho. E como decorrência desta invisibilidade psíquica da criança, foram ambos indicados a iniciar a psicoterapia.

Anos 2010. Drogadição, alcoolismo e outros

Maurício, com pouco mais de quarenta anos, bebia todos os dias e considerava que estava sendo rejeitado pelo grupo dos colegas do trabalho. Sentia-se perseguido pela chefia e desta forma tornava-se agressivo, atacando verbalmente a todos ao seu redor. Pediu ajuda para superação do alcoolismo, e nesse momento conta sobre uso de drogas como a cocaína. A compulsão apresentada sugeriu a indicação de uma clínica especializada.

Essa década pode ser representada pelo aumento de casos de pessoas que foram encaminhadas para a psicoterapia pela própria empresa, como uma das alternativas para permanecerem no emprego. Assim muitos buscam, até hoje, a psicoterapia frente ao vício e a pressão externa, ou seja, pela ameaça de perdas. Tal fato tende a dificultar a aceitação do médico e internação psiquiátrica para o acompanhamento da abstinência, e o tratamento propriamente dito. Esta é uma realidade que enfrentamos, no nosso dia a dia, diante da difícil ausência dos limites e os riscos desse atendimento apenas por meio da psicoterapia, em geral, com a frequência de uma sessão semanal.

O sujeito na era digital

Antes de adentrarmos nos casos clínicos dos anos 2021 e 2022, vale lembrar que já vivíamos desde o final do século XX a revolução da era digital. Dunker (2021) alerta sobre as estratégias de cura para as novas patologias sociais e sobre o quanto a psicanálise será afetada por essas mudanças tecnológicas em termos do adoecimento psíquico.

No prefácio do livro *O sujeito na era digital*, Dunker correlaciona a psicanálise e a vida digital ao dizer que Freud considerava a psicanálise como uma revolução semelhante à de Copérnico, o qual “... mostrou que a terra não era o centro do universo, e com a revolução

de Darwin, que mostrou que os seres humanos não são o centro das espécies... Freud e Lacan seguem a ... ideia de que não somos senhores em nossa própria morada” (p. 9).

Dunker enfatiza que a nova patologia da era digital está relacionada à necessidade de sermos cada vez mais nós mesmos, dentro do nosso condomínio digital.

Sair desta bolha não vai ser nada fácil, porque qualquer movimento feito em direção de furá-la será imediatamente incorporado ao seu algoritmo e fará parte da nova “superbolha” (p. 16).

2020. Impactos da pandemia

Quando pensávamos que, após trinta anos de trabalho na VERBO, já possuíamos uma ampla experiência clínica, mal sabíamos que uma pandemia poderia trazer questões jamais imaginadas. Como se iniciasse um novo e profundo capítulo sobre as patologias pós pandemia, em paralelo aos efeitos maléficos da doença covid-19.

O caso é que, no ano 2020, a vivência coletiva de uma pandemia alterou esse frágil equilíbrio entre a consciência e a inconsciência da angústia... A pandemia e a quarentena deixarão rastros profundos na saúde mental... Imersos em um tempo de incerteza, ameaça, medo, solidão... o aumento em ampla escala do sofrimento psíquico (Maria Homem, 2020, p. 69).

E assim nos aproximamos de Katrina, que nos dá a conhecer seu sofrimento psíquico, claramente agravado pela pandemia.

Caso Furacão Katrina

Batizamos esse caso de Furacão Katrina por ele apresentar peculiaridades importantes ao momento da pandemia. Como sabemos, muitas pessoas tiveram a mudança do trabalho presencial para a modalidade *home office*, o que, a princípio, levou a novas adaptações das famílias, com ganhos no sentido de segurança sanitária e

comodidade frente ao deslocamento da casa para o trabalho. Em contrapartida, as crianças passaram a ter aulas online, toda a família esteve em casa, muita criatividade nesse convívio e um incremento de aspectos amorosos e conflituos.

Katrina, ao contrário de muitos, se sentiu confortável em permanecer em casa, a princípio, pelo menos. Depois de um ano de confinamento, parece não ter avaliado o processo do agravamento de sua condição emocional, já precária há anos. Ela trabalha numa operadora de telemarketing e sua comunicação é restrita ao contato online. Sua fala aos clientes segue protocolos rígidos e repetitivos.

Nos pareceu que ela estava funcionando mentalmente como um fenômeno da natureza, talvez como um tsunami, um terremoto, um vulcão. Ou melhor, um furacão, pois ela chegou à entrevista num estado de desorganização complexa e impactante.

Apesar dos estragos que um furacão pode causar, sabemos que existem as previsões sobre o quanto ele poderá destruir, ou seja, os pesquisadores e estudiosos alertam a população sobre os cuidados a serem tomados. Nesse ponto, podemos pensar que temos o preparo clínico para atender a diversidade humana, muito embora os mistérios dos seres humanos por vezes sejam imprevisíveis. Em Katrina, as barragens não toleraram a força psicótica que eclodiu.

Entrevista na modalidade de vídeo chamada

Um aspecto que devemos levar em conta, é que não se tratava de uma sessão psicoterápica. Na verdade, era a primeira entrevista na clínica, realizada com o objetivo de verificar a possibilidade de atendimento na instituição. A paciente e a entrevistadora se conheciam apenas por mensagens, quando do agendamento da entrevista na modalidade online.

A paciente, sem nenhum constrangimento, conta que, no começo desse ano, tentou contra a sua vida três vezes. Uma vez por ingestão de remédio psiquiátrico, outra por cortes nos pulsos e outra ao tentar pular da janela do pró-

prio apartamento. Recebeu o amparo do marido em todas as ocasiões.

Qualquer um de nós que escutasse esse depoimento suicida já se sentiria estar sendo engolido por um furacão. E pensaria: “quem está diante de mim? E o fracasso das tentativas de suicídio, representava o que para essa pessoa?” A mente do entrevistador seria invadida inevitavelmente por essa narrativa assustadora.

A entrevista transcorre em meio à tempestade. Logo aparecem as queixas em relação ao marido, o sentimento de desamparo e a impossibilidade de ser ajudada. Ao final, apesar dos destroços dessa personalidade, Katrina consegue contar que, alguns anos atrás, fez a cirurgia bariátrica. Após perder cinquenta quilos, não consegue se reconhecer no próprio corpo, e diríamos que há também um desconhecimento de sua doença mental, como: indícios da perda de identidade e despersonalização diante do corpo magro.

Quando expõe estes sentimentos fica um tanto confusa e brava, como que não quisesse contar tamanho estrago emocional. Nesse momento, não era mais possível continuar a entrevista: foi pedido que aguardasse, e que voltaríamos a conversar.

Marion Minerbo (2016) ressalta: para que ocorra simbolização, ou seja, a compreensão desta angústia de morte, necessita-se de um aparelho psíquico para transformar, digerir e integrar. Quando essa digestão psíquica não ocorre como esperado, podemos compreender o desespero da paciente, a qual vomitava no psicoterapeuta as angústias e medos não digeridos. Se pensarmos no movimento do furacão na forma de uma espiral de ventos de velocidades estonteantes, entendemos que a fala da paciente se tornou a expressão de um distúrbio sem precedentes. Uma personalidade suicida.

Roosevelt Cassorla (2021) afirma que nós humanos não temos uma representação da morte em nossa mente. Para o autor: “... O suicida não pode buscar algo que ele não conhece, mas substitutos fantasiados predominantemente inconscientes.” E completa ao dizer: “Essas fantasias se manifestarão de forma particular em cada indivi-

duo, a cada momento, tanto na vida como no campo analítico” (p. 23).

Compreendemos o desespero desse pedido de ajuda. Conforme Cassorla (2021), comunica a “desesperança... desespero ao ambiente... fantasias sobre morrer ou matar-se”. A tentativa não sucedida de suicídio nem sempre é reconhecida como um pedido de acolhimento, pelo contrário, por vezes é sentida pelos familiares como agressividade e manipulação. Desta maneira, o encaminhamento para um especialista pode não ocorrer. No caso de Katrina observamos a não aceitação da ajuda possível, naquele momento.

Essa luta entre vida e morte, Eros e Tãnatos, um problema com que os seres humanos nos defrontamos desde sempre, fica evidente no comportamento suicida, em que Tãnatos nos seduz com a fantasia de que continuaremos “vivos” após o suicídio, por vezes mais vivos do que em vida (Cassorla, 2021, p. 45).

O primeiro susto do psicoterapeuta

Todos conhecemos a máxima de Freud, sobre a comunicação dos inconscientes no encontro entre paciente e analista. O “furação” da angústia de morte, despejado no psicoterapeuta, instantaneamente mobilizou sentimentos de contratransferências de assombro e pânico. O susto parece ter sido de tal intensidade que, no momento que a paciente se torna agressiva, a situação clínica é interrompida. O isolamento e a impossibilidade de aceitação da ajuda do marido mostram o agravamento da condição psíquica já precária da paciente.

Luís Claudio Figueiredo (2021), no livro “A mente do analista”, afirma: “... a mente do analista é posta drasticamente a trabalhar no momento do encontro entre inconscientes infinitos” (p. 43). E o autor nos conta que Bion (1946) observava o encontro de duas personalidades como uma tempestade emocional. A questão que surge para Bion é: como iremos transformar esta situação tão grave, to make the best of a bad job, isto é, como tirar o melhor de um mau negócio.

... O momento presente do encontro analítico... seja dizendo algo, seja silenciando – deixa-nos necessariamente jogados – nós e os analisandos – entre a descoberta do novo e a segurança do sabido, entre a finitude dos inconscientes e as finitudes de nossas consciências (Figueiredo, 2021, p. 47).

Temporariamente, a equipe que realiza essas entrevistas iniciais estava emocionalmente contaminada pelos destroços psíquicos de Katrina. O psicoterapeuta precisou de um tempo para se recuperar dessas ocorrências, em meio aos desdobramentos deixados por essa jovem mulher num claro estado psicótico.

Caso Alice. O segundo susto do psicoterapeuta 2022. O impacto de uma tentativa de suicídio na sala de terapia

Alice, uma jovem adulta, já estava em atendimento há cerca de quatro meses. A questão inicial estava centrada na dificuldade de relacionamento com a mãe. Mora com o pai, com quem se sente mais compreendida. Omitiu outra tentativa de suicídio e o hábito de realizar pequenos cortes nos braços e pernas, o *cutting*.

Chega para sua sessão semanal e presencial. Acomoda-se no divã e com tranquilidade conta como está: acabo de tomar vinte e cinco comprimidos do meu antidepressivo... E continua: não precisa se preocupar porque já tomei quarenta comprimidos outro dia e só dormi o dia inteiro...

A psicoterapeuta se sente impactada com a fala da paciente, pede detalhes desse comportamento e a garota deixa claro que se tratava de uma tentativa de suicídio. Desesperada, a colega busca uma orientação junto à diretora e responsável técnica junto ao Conselho Regional de Psicologia. Esta lhe recomenda chamar os pais ou um familiar, o mais rápido possível.

A situação era dramática, pois não sabíamos quanto tempo a paciente permaneceria acordada e consciente. Psicólogos não costumam atender urgências, pois a formação não permite realizar internações. A responsabilidade é orientar a família. A equipe de psi-

cólogos, a secretária, estavam todos assustados com a ocorrência. A diretora, em 33 anos de trabalho clínico, nunca havia presenciado uma tentativa de suicídio nas instalações da clínica.

O pai chega à clínica em quarenta minutos. Estava muito exaltado com a filha, mas aceitou levá-la imediatamente a um pronto atendimento psiquiátrico. A garota foi internada na instituição e, depois de alguns dias, iniciou no hospital-dia um novo tratamento por três meses.

Vivências como estas nos mostram a escala de perturbações mobilizadas na sessão, e nos remete à ideia de que este é um ofício meio doido. Figueiredo (2021), em seu livro *A mente do analista*, sugere:

...viemos a ser o que somos parcialmente reprimindo e parcialmente elaborando e sublimando uma fantasia louca e onipotente de reparação, e mantendo-a como uma reserva psíquica, não apenas porque a ela precisamos recorrer em determinadas circunstâncias clínicas, mas porque dela continuamos a extrair uma porção de esperança todos os dias de nossa existência... (p. 127).

Considerações finais

Antes de finalizar esta explanação, não podemos deixar de nos referir a D. Winnicott, em dois importantes artigos: “O ódio na contratransferência” (1947), quando o autor escreve: “... enquanto analista, eu tenho meios de expressar meu ódio. O ódio é expresso pela existência do final da sessão” (p. 280). E “Os objetivos do tratamento psicanalítico” (1962), ao esclarecer seu escopo: “Ao praticar psicanálise tenho o propósito de: me manter vivo; me manter bem; me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem” (p. 152).

Nessas citações encontramos parte das respostas à indagação: “Por que Winnicott?”. “Porque o objetivo da psicoterapia está calado na conquista da autonomia do paciente no cuidar de si mesmo, nas inúmeras situações de vida. Na possibilidade de sentir a própria e criativa existência” (Fulgencio, 2016). Desta forma, cabe aos psicoterapeutas conquistarem, a todo momento, modos e formas de

cuidado às patologias que se apresentam no cotidiano desse ofício. Repleto de instigantes desafios.

REFERÊNCIAS

Bortoletto, M. (2009). **Convênios psicológicos e psicoterapia psicanalítica**. São Paulo: Escuta.

_____ (2019). **Demandas Psíquicas: plural e singular**. Trabalho apresentado no XXVIII Encontro Latino-Americano Sobre o Pensamento de D. Winnicott. Porto Alegre.

Cassorla, R.M.S. (2021). **Estudos sobre suicídio: psicanálise e saúde mental**. São Paulo: Blucher.

Dunker, C. & Thebas, C. (2019). **O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas**. São Paulo: Planeta Brasil.

Dunker, C. (2021). Prefácio in Goldberg, L. & Akimoto, C. **O sujeito na era digital**. São Paulo: Edições 70.

Figueiredo, L.C. (2021). **A mente do analista**, São Paulo: Escuta.

_____ (2016). **Por que Winnicott?** São Paulo: Zago-doni.

Homem, M. (2020). **Lupa da Alma: quarentena-revelação**. São Paulo: Todavia.

Minerbo, M. (2016) **Diálogos sobre a clínica psicanalítica**. São Paulo: Blucher.

Winnicott, D. (1983). **Objetivos do tratamento psicanalítico**

(1962). In **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**, cap.15. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (2000) **O ódio na contratransferência** (1974) In **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago.

DIANTE DA VIDA, O INESPERADO

FACING LIVE, THE UNEXPECTED

PATRÍCIA WOLFF MÜLLER¹

CARMEN MORGANA SCHEFFEL FLECK²

CARINA DAUDT³

Resumo

O presente trabalho relata a prática com a Observação de Bebês Método Esther Bick junto à pandemia. Iremos apresentar a vivência da observação no contexto de transição entre o presencial e o online, formato inédito e único possível diante do contexto da coronavírus. O impacto desta experiência, trouxe vivências intensas que mostraram que ao observador é necessário que tenha suporte emocional e amparo do grupo de supervisão para lidar com os diversos fenômenos que fazem parte desse processo, que é pessoal, da dupla mãe bebê e do grupo.

Palavras-Chave: observação de bebês; pandemia; relação mãe-bebê.

1 Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica -Universidade do Vale do Rio dos Sinos; Observadora ORMB. Endereço: Rua: Carlos Barbosa, 80/303B, Centro, Sapiranga-RS. CEP: 93800-096. Contato: (51) 999115285; patriciawmuller@gmail.com.

2 Psicóloga, ITI/POA. Observadora ORMB. Pós-graduação em Avaliação Psicóloga pela FACCAT Endereço: Rua Independência, 444/701, Centro, Igrejinha- RS. CEP 95650-000 Contato: (51) 984072820, kscheffelfleck@gmail.com.

3 Psicóloga, ITI/POA. Supervisora ORMB. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica-Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Especialista na Teoria e na Técnica da relação pais bebês- Iti POA. Especializanda na Formação Psicanalítica Winnicottiana pela IBPW. Endereço: Rua Emílio Lúcio Esteves 1131, sala 411 Taquara-RS. Contato: (51) 992855575.; daudtcarina@gmail.com.

Abstract

The present work reports the practice with the Esther Bick Method Baby Observation during the pandemic. We will present the experience of observation in the context of transition between face-to-face and online, an unprecedented and unique format possible in the context of the coronavirus. The impact of this experience brought intense experiences that showed that the observer needs to have emotional support and support from the supervision group to deal with the various phenomena that are part of this process, which is personal, of the mother-baby duo and the group.

Keywords: observation of babies; pandemic; mother-baby relationship.

O método Esther Bick de observação de bebês

Esther Bick foi uma médica e psicanalista que nasceu na Polónia e imigrou para Inglaterra onde aperfeiçoou um método de observação de bebês (ORMB) e crianças pequenas (Harris & Bick, 1987). A prática de observação de bebês foi incluída por Esther Bick em 1948 na formação para psicoterapeutas na clínica Tavistock de Londres e, posteriormente, em 1960, no instituto de psicanálise de Londres. Com o passar dos anos, esta inclusão foi proposta nos cursos de formação como disciplina obrigatórios ou optativa nas sociedades psicanalíticas de todos o mundo por exercitar a capacidade de compreender os estados primitivos da mente e condições de trabalhar elas com seus pacientes, sejam crianças ou adultos. A Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro foi a pioneira no Brasil ao oferecer a disciplina desde 1974 na sua formação (Kompinsky, 2000).

Quanto ao método, Bick (1964)), aponta que são necessários: um bebê e sua família, um observador interessado na realização da atividade e, pelo menos um supervisor e um grupo de supervisão, composto por outros observadores que, por sua vez, observam outras duplas. Assim, é realizada uma visita semanal à casa do bebê e de sua

família, com duração de uma hora, durante o primeiro ano de vida do bebê. No segundo ano, as visitas possuem frequência quinzenal. Para França (2019), o observador desempenha um papel passivo diante da dupla, interferindo minimamente na sua rotina. Nos relatos e supervisões o observador relata da forma mais minuciosa possível, não somente o que pode observar na relação entre a mãe e o bebê, mas também, os sentimentos, sensações, pensamentos e emoções despertadas nele mesmo durante o período das observações.

Segundo França (2019) Bick preconizava que os relatos das observações fossem os mais fiéis de tudo o que se passou no momento da observação. O observador se torna um elemento fundamental por estar dentro do campo onde deve observar tudo de forma detalhada, incluindo o que pensa, sente, impressões. Com a escrita e o relato dela em supervisão, permitem que sensações e emoções possam ganhar representatividade e possam se tornar pensamento. Assim, o observador é peça fundamental durante todo o processo de observação, bem como sua disponibilidade psíquica.

Em relação ao terapeuta, Bick (1967), acreditava que a experiência poderia oferecer uma oportunidade de observar o desenvolvimento de um bebê desde o nascimento, além de compreender oferecer condições e momentos que podem ser comparados a situação de psicoterapia ou psicanálise, o profissional em formação pode se beneficiar da experiência para conhecimento pessoal além de observar a dinâmica familiar e aprender a respeito dela como sua estrutura e funcionamento. Esse trabalho de observação, tem por objeto de estudo os pensamentos, emoções e sentimentos experimentados pelo observador. É através dessa experiência que se capta as manifestações emocionais primitivas e não verbais e oferece condições para que se possa valorizar e, acrescentamos, tolerar, o silêncio e as comunicações não verbais do paciente e dele mesmo. A neutralidade e a postura de não intervir, não opinar, treinar a capacidade de não saber e aceitar que a da situação é única, além de possibilitar

lidar com sentimentos primitivos são outras conclusões que a autora faz e que ressalta que o aproveitamento dessa experiência irá depender do grau de envolvimento emocional e afetivo do observador (Kompinsky, 2000).

Caron, Matte, Cardoso, Lopes e Dalcin (2000), apontam que o método Bick privilegia o olhar, repetidas vezes, os detalhes, gestos, trocas, encontros e desencontros entre mãe e bebê, promovendo a descoberta ou redescoberta da comunicação não-verbal e da regressão do observador. Esta precisa contar com sua disponibilidade interna para poder aceitar as projeções do bebê e/ou dos pais que podem ser positivas ou negativas. Seria um estado semelhante a atenção flutuante proposta por Freud. As autoras também pontuam que o observador ao entrar em contato com o humano, irá exercer uma espécie de ponte entre o bebê e a mãe e entre essa dupla e o grupo de supervisão.

Gitelman e Sà (2023) concluem que a observação pode ser considerada como uma ferramenta de estudo da teoria e da técnica e sua prática, auxilia o psicoterapeuta na manutenção do tripé psicanalítico durante a sua formação. Ressaltam que o Método Bick proporciona a compreensão de diversos fenômenos psicanalíticos e que por isso ele é indicado não apenas para aqueles que desejam realizar atendimento com crianças, mas também os terapeutas que se interessam sobre o universo Primitivo dos seus pacientes e entendem os inícios como fundações das relações afetivas as quais o indivíduo vai lidar por toda sua vida.

As observações

O grupo de observação iniciou no começo de 2020 quando a pandemia ainda não havia chegado no Brasil. Constituímos um grupo de 4 psicólogas, sendo 3 observadoras e uma supervisora. Tínhamos diferentes vivências e tempo de profissão, mas em comum, um interesse no tema das relações iniciais mães e bebês. Estávamos

dispostas a iniciar um trabalho que sabíamos ser profundo, intenso e mobilizador. Assim como em uma gestação, estávamos entrando em um caminho desconhecido e encantador. No entanto, com a observação de bebês no contexto da pandemia, esses sentimentos foram potencializados. Com isso, fez-se necessário a conexão ainda mais forte com as duplas e entre nós.

Junto com a pandemia fomos surpreendidas também pela inesperada saída de uma das observadoras e suas repercussões no grupo, a perda da mãe de outra observadora em decorrência do coronavírus e a perda do sogro da mãe de um dos bebês.

Para além das observações

Já no início das observações, nos deparamos com o inesperado, a chegada da pandemia do coronavírus. Assim como uma mulher corre riscos no início da gestação e pode sofrer uma perda, também nos sentimos em risco e na iminência de perdermos a possibilidade de viver a observação de bebês naquele momento. Precisávamos nos reorganizar e repensar as observações, visto que uma das observadoras já havia iniciado as visitas e as outras duas, já haviam feito contato com as mães. Estávamos diante de uma situação inusitada e, com o suporte da supervisora, pensamos ser possível seguir com as observações *online*. Porém, além do grupo, as mães precisavam concordar com este novo formato, o que aconteceu sem restrição.

A dupla que já estava sendo observada, tinha uma condição socioeconômica não favorável, o que nos deixou receosos se teria condições de manter acesso à internet para realização *online* das observações. Dois meses depois, junto com a chegada do segundo bebê, a pandemia chegou de fato e a quarentena teve início. Sendo assim, estas observações iniciaram *online*. Mais adiante, já com relaxamento das restrições, chega o terceiro bebê, que desde o início, a mãe deixou claro o desejo e a necessidade da presença da observadora.

As supervisões também foram um desafio, pois tivemos dúvi-

das de como funcionariam. Durante todo o período de 2 anos, elas ocorreram ora *online*, ora presencial de acordo com o momento pandêmico.

A experiência da observação *online*

Na medida em que recebíamos as autorizações das famílias de que seria possível as observações serem realizadas de forma on-line, sentimentos como euforia, e apreensão surgiram no grupo. Estávamos iniciando a experiência da observação e nos sentíamos curiosas e receosas ao mesmo tempo de como seriam estas observações sem termos tido vivências anteriores, assim como relatos de trabalhos nestas condições. Estávamos diante de uma situação sem precedentes.

A observação da primeira dupla foi empolgante. Logo percebemos o interesse e necessidade daquela família de receberem esse olhar e cuidado. Ficou claro o esforço de ambos os lados de viabilizar essa vivência.

A experiência foi se tornando muito instigante, visto que, era a mãe quem decidia onde a câmera ficava. Assim, hora a observadora assistia a cena da dupla mãe e bebê, hora, somente as escutava. Questionamos qual significado isso teria. Entendemos que a mãe mostrava para a observadora o que era possível ser mostrado.

O que nos chamava a atenção nesta família eram os recursos emocionais. O pai, de origem indígena, se fazia muito presente, assim como a vizinhança, visto que moravam em uma comunidade. Tínhamos a sensação de que as casas eram extensão uma da outra. Assim, apesar de morarem longe da família de origem, eles pouco ficavam sozinhos.

Quanto à segunda experiência, é importante destacar que as observações iniciaram no contexto *online*. Além disso, se tratava de um bebê com uma cardiopatia congênita detectada após o nascimento, precisando de cuidados numa unidade de terapia intensiva neonatal. As observações iniciaram após alta, vinte dias depois do

nascimento do bebê. Nesse contexto, sentimentos como angústia, ameaça e incerteza foram despertados na observadora e no grupo.

Entendemos que o suporte das supervisões e o tratamento pessoal foram essenciais para lidar com a transferência e contratransferência que ocorreram nesses momentos e também para conseguir atravessar essa primeira experiência *online* que foi considerada pela observadora como nebulosa e desconhecida.

Como já dito, a chegada do terceiro bebê ocorreu no momento em que as medidas restritivas haviam diminuído e as observações ocorreram de forma presencial, o que foi ao encontro do desejo da mãe do bebê. O bebê nasceu prematuro, em uma família que pertence à área saúde e que tem condições econômicas favoráveis.

Momentos que nos marcaram

Uma cena *online* que nos marcou foi o registro visual da primeira dupla mãe-bebê com um fundo musical regido pelo pai, que tocava violão para o feminino da casa, pois era uma casa de quatro mulheres. Na cena, a observadora não conseguia ver o pai, mas a bebê, a mãe e as outras duas meninas do casal se deliciando com esse momento afetivo e acolhedor promovido por ele.

Em contraste com essa cena, a observadora traz outro relato marcante onde a bebê aparecia sentada do lado da mãe, junto com a irmã. Depois de um tempo, a mãe comentou do helicóptero que estava passando pela cidade e perguntou à observadora se sabia o que era. Ela responde que havia percebido o helicóptero na cidade, mas não sabia o motivo. A mãe da bebê foi até a porta ver o helicóptero e de repente gritou que tinha um homem saindo pendurado dele, armado. O clima ficou tenso, parecia que algo estava acontecendo, e a mãe passou na frente da tela e disse para a observadora: “é a polícia”. Logo a mãe sentou de novo com o rosto amedrontado, chamando todas as filhas para dentro de casa. Uma das meninas, começa a chorar. Depois de um tempo, a mãe explicou que era por

conta do tráfico e que era para todo mundo entrar pra dentro de casa porque havia risco de tiroteio. A observadora responde à mãe que parecia uma situação muito difícil e perguntou se acontecia com frequência. A mãe responde que acontece de a polícia vir de carro. A observadora, angustiada e identificada com a mãe, pergunta se estavam sozinhas. Ela disse que sim, que o marido estava trabalhando e voltaria em seguida. O pai chega e a tensão se dissipa aos poucos na medida que elas vão contando a ele o que aconteceu.

Na supervisão, sentimos muita angústia e nos colocamos no lugar da observadora que só podia ouvir e ver parte dessa cena. A outra parte ficava encoberta, sem ser vista, somente imaginada e sustentada pela observadora e pelo grupo de Supervisão. Essa dupla seguiu sendo observada de forma *online* por mais um tempo e depois passou a ser presencial.

Aos nove meses da bebê, a observadora desistiu da observação por motivos pessoais. O impacto dessa saída mobilizou a todas nós. Estávamos num momento de supervisão *online*, e foi assim, de forma virtual, que pensamos juntas em como conduzir no grupo, com a dupla mãe e bebê e com a família, essa interrupção. A observadora conseguiu marcar mais algumas observações e nós mais alguns encontros de Supervisão para tentarmos elaborar um pouco dessa perda. Mas foi muito difícil. Tivemos que nos recompor, voltamos inúmeras vezes a essa perda durante todo o período de dois anos. Sentimos um pouco do que uma mãe sente ao perder um bebê. Essa dor nos acompanhou um tanto o tempo todo.

Quanto à segunda dupla, o momento mais marcante foi a primeira observação que ocorreu de forma *online*. A mãe estava com o bebê no colo todo enrolado em um cobertor. A observadora não conseguia ver ele, somente seus cabelos arrepiados. Esperava que a mãe o mostrasse, apresentasse o bebê. A mãe posicionou o celular e se sentou na cama com o filho e perguntou: Consegue me ouvir daqui? A observadora diz que sim. Pergunta

o que é pra fazer e a observadora diz pra ficar à vontade. A mãe começa a dar mamadeira para o filho. Conversa com ele baixinho, cheira ele. Depois de mamar, fica com ele no colo até que se ouve um barulhão: bebê arrotou e as duas riem e a observadora diz: Saúde! (depois se dá conta do que disse e do significado disso. Pensou logo na cardiopatia do bebê). A mãe fala: Puxou o pai (com o tempo descobrimos que havia uma suspeita de que a cardiopatia era herança genética da linhagem paterna).

A mãe permaneceu com o filho no colo. A observadora não ouvia nada. Às vezes tinha a impressão de que a imagem congelava ou que os dois viraram estátuas, mas a observadora via os dedos da mãe se mexendo bem devagar batendo na coberta no lugar onde ficava o bumbum do bebê. Depois de um tempo, a observadora pergunta: Ele dormiu? A mãe diz: Sim. Ele não precisa muito pra dormir. Pode ser num lugar com gente conversando que ele dorme (a observadora lembra que a UTI é um lugar com muitos barulhos).

A mãe se posicionou ao lado do filho e faz carinho na cabeça dele. A observadora não conseguia visualizar ele bem. O que ela via, lembrava um bebê roxinho, morto. Estávamos todas apreensivas e a falta de nitidez da imagem e som da videochamada potencializaram esses sentimentos. Somando a isso, a observadora havia perdido um filho logo após o parto por prematuridade extrema seis anos antes.

Era de seu conhecimento que as observações seriam um desafio, mas nunca pensou que seriam dessa forma. Apesar dos fortes sentimentos despertados, conseguiu se conectar com o que a mãe estava sentindo: ameaças, mortes, fantasmas...

Em seguida, a mãe fica do lado do filho e se encosta na cabeceira da cama. Às vezes parecia que ela estava dormindo ou que a imagem congelou, mas a observadora vê o corpo dela se mexer quando respira e a mão em cima da barriga como se ainda estivesse gestando o filho (momento esse que ela havia experienciado tranquilamente pois não sabia ainda da patologia do bebê).

Os momentos de silêncio, de não conseguir ver nada muito nítido, lembrava, para a observadora, uma imagem em preto e branco como aquelas que aparecem nos monitores das babás eletrônicas. Muita coisa do que a mãe falava, não se entendia por que o áudio ficava muito ruim e com muito ruído. A observadora ficou muito sensibilizada, angustiada e com dúvidas se iria conseguir suportar as observações.

O grupo pensou que talvez a mãe ainda não estivesse pronta para mostrar o filho. A sensação que tínhamos é de que ele ainda não existia, precisa vingar. Pensamos na importância que tem para essa dupla em especial, a observação, o olhar da observadora. A continência dela e do grupo para dar a sustentação que a dupla necessita. Percebemos que a mãe precisava que a observadora tolerasse o silêncio e as imagens que não estavam nítidas. Tolerasse esses fenômenos e sobrevivesse a eles com o auxílio do grupo e seu tratamento pessoal.

Na terceira dupla, destacamos a seguinte situação: A mãe contou que com a primeira filha, foi tudo muito organizado antes do nascimento e para o nascimento. Conseguiram filmar, registrar o momento, fizeram chá de fralda. Toda a família estava no hospital acompanhando eles. Com a segunda filha, a bebê observada, a mãe também havia contratado a empresa para filmar, como na primeira gravidez, mas não puderam realizar por conta da pandemia e porque a bebê nasceu um pouquinho antes do tempo. Ela ficou chateada porque queria ter o registro, então pensou e resolveu, ela mesma fazer o registro. Em uma consulta de rotina, o médico sinalizou que a bebê teria que nascer naquele dia. A mãe estava em Porto Alegre e voltou para sua cidade, no interior, a 60 km da capital, para se preparar para a chegada da bebê e então retornou à capital com o marido. Na sala de parto, a mãe ligou a câmera do celular e filmou o nascimento da filha.

Em outra observação, a mãe conta novamente da filmagem que fez do nascimento da filha e mostra para a observadora, que se emo-

ciona. A mãe conta que ninguém havia visto ainda, somente ela e o marido e que os dois também se emocionaram. A mãe diz ainda que vai pedir para o editor mostrar as pessoas que estavam vendo, porque na filmagem da filha mais velha aparecem as pessoas. Quer fazer igual para as duas filhas. Enquanto conversa com a observadora, conta para a bebê que ela nasceu em meio a uma pandemia e que por isso foi diferente da mana.

O grupo e as perdas

O grupo também foi marcado por outras experiências de perda, além da desistência da primeira observadora. Após três meses da saída da primeira observadora, a mãe da segunda observadora teve covid e precisou ser hospitalizada, circunstância que se prolongou por quase seis meses até o falecimento dela. A família observada estava ciente da situação. No início da doença, o bebê observado estava com 8 meses. Na ocasião da morte, ele estava com 13 meses.

As observações ocorreram naturalmente a cada quinze dias, com alguns momentos mais difíceis por conta do estado de saúde da mãe da observadora. Próximo à data da morte onde houve uma grande piora, a observadora cancelou uma visita por estar vivenciando um momento muito difícil e o combinado foi que avisaria quando conseguiria retomar. No entanto, o falecimento ocorreu logo depois. Os pais do bebê estiveram no velório. De alguma maneira essa situação despertou alguns sentimentos sobre morte neles. O pai do bebê falava da perda do seu pai e a mãe, chorava muito abraçada na observadora. Talvez se sentiu ameaçada já que sua mãe e a da observadora tinham idades próximas.

Na observação seguinte, não foi tocado no assunto do velório. O Grupo pensou, em supervisão, que talvez fosse um assunto delicado e que não se sabe o que dizer, mas a observadora constatou que o bebê estava vestindo uma roupa que havia dado de presente a ele na ocasião do seu aniversário.

No grupo sentimos essa perda com muito pesar. Sentimento de impotência e medo foram despertados. Ficamos todas muito mobilizadas com essa perda. Por conta da pandemia, na primeira supervisão após a observadora perder a mãe, fizemos questão de ser presencial, porém não pudemos nos abraçar, tivemos que sustentar essa privação também. Estávamos diante da maior perda que o grupo viveu por ser a mãe de uma integrante e por ter acompanhado todo processo da doença e hospitalização. Essa perda nos lembrou de forma concreta o momento em que vivemos o tempo todo durante a observação: ameaça à vida. Durante a escrita deste trabalho, um ano depois do término das observações, é que foi possível falar e elaborar um tanto sobre isso de forma mais profunda.

Na terceira dupla também ocorreu uma perda. O sogro da mãe observada veio a falecer de forma inesperada. Ficou o registro de como ela acionou a observadora, que soube do ocorrido através das mídias sociais e na mesma semana a mãe a contatou por mensagem falando da sua tristeza. A observadora se colocou à disposição e a mãe pediu se ela poderia ir até a casa para uma conversa. A mãe se encontrava bastante triste e mobilizada com a perda. Relata que a perda os pegou de surpresa, visto que o sogro faria uma cirurgia de rotina, porém houve complicações pós cirúrgicas e ele não resistiu. Ele era para ela como um próprio pai.

Conclusão

O trabalho de observação de bebês é uma experiência rica e transformadora tanto para o observador quanto para as duplas observadas e para o grupo. Podemos afirmar que essa experiência em tempos de pandemia e na modalidade *online* fez com que os fenômenos que fazem parte desse trabalho ocorressem de forma mais acentuada. No início desse trabalho inovador e sem precedentes, sobraram dúvidas e incertezas, mas que com o andamento, e, principalmente, supervisão, se tornaram uma experiência muito valiosa

para todas. Acreditamos que o papel da supervisora foi essencial para o bom andamento do grupo, que foi continente e soube auxiliar as observadoras quanto às imprevisibilidades diante de um momento tão peculiar que é a chegada de um filho, uma pandemia e também das perdas vivenciadas no decorrer dos dois anos de trabalho.

Percebemos que as famílias se adequaram à observação online. Com isso, se tornou evidente a importância do trabalho que estávamos desenvolvendo e que não nos dava motivos para desistir. Diante disso, vivenciamos o vínculo, continência, emoções, empatia e todos os elementos que se fazem presente na observação ao vivo in loco. Constatamos que a presença do observador se tornou muito relevante e importante para as duplas a ponto de recorrer à figura da observadora em momentos de insegurança ou de perda.

Para que os bebês se convertam, finalmente em adultos saudáveis, em indivíduos independentes, mas socialmente preocupados, dependem totalmente de que lhes seja dado um bom princípio, o qual está assegurado, na natureza, pela existência de um vínculo entre a mãe e o seu bebê: amor é o nome desse vínculo (Winnicott, 1982/1965 p. 17).

REFERÊNCIAS

Bick, E. **Notas sobre la observación de lactantes em la enseñanza del psicoanálisis.** Rev de Psicoanálisis, 24 (1), 97-115. (Trabalho original publicado em 1964).

Caron, N.A.; Matte, L. D; Cardoso, M.G.; Lopes, R. C. S. e Dalcin, V.E. (2000). **Vivenciando a violência sutil: o impacto emocional diante de tendências humanas comuns.** In Caron, Nara Amália, org. A relação pais-bebê: da observação à clínica. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000. p.45-59.

Gitelman, Y. G.; Sá, S. D. **Observação mãe-bebê pelo método**

Bick: a vivência do holding na formação de psicoterapeutas de orientação psicanalítica. Rabisco, 12 (1), 10-22.

Harris, M. e Bick, E. **Collected papers of Martha Harris and Esther Bick (pp. 114-118).** Great Britain: The Roland Harris Education Trust, 1987.

Kompinsky, E. **Observação de bebês: método e sentimentos do observador.** In Caron, Nara Amália, org. A relação pais-bebê: da observação à clínica. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000. p. 9-43.

Winnicott, D. (1982). **Um homem encara a maternidade.** In D.W. Winnicott, A criança e o seu mundo (6ª edição). Rio de Janeiro: LTC. (Trabalho original publicado em 1964).

AMBIENTE E *HOLDING* EM UMA CENA DE INTERAÇÃO NATURALÍSTICA MÃE-BEBÊ NO NORDESTE BRASILEIRO¹

ENVIRONMENT AND HOLDING IN A NATURALISTIC MOTHER-BABY INTERACTION SCENE IN NORTHEAST BRAZIL

PAULO VINÍCIUS ÁVILA NÓBREGA²

Resumo

Este trabalho tem como foco uma cena de interação naturalística mãe-bebê que foi gravada na casa da díade. Esses dados fazem parte do acervo do Laboratório de Aquisição da Fala e da Escrita – LAFE, da Universidade Federal da Paraíba. Nesse Laboratório, são realizadas pesquisas com múltiplos olhares científicos sobre a linguagem de bebês e crianças com desenvolvimento típico e/ou neuroatípico. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é mostrar o funcionamento de conceitos como ambiente, *holding* e *handling* em uma cena dialógica mãe-bebê no nordeste brasileiro. A base de discussão teórica se encontra em obras de Winnicott como “O brincar e a realidade” (1967/1975), “Os bebês e suas mães” (1968/2006), dentre outras.

1 Trabalho apresentado no XVII Encontro Brasileiro sobre o Pensamento de D. W. Winnicott, realizado em João Pessoa, PB, de 21 a 23 de setembro de 2023.

2 Professor de Linguística do campus III da Universidade Estadual da Paraíba. Doutorado em Linguística pela Universidade Federal da Paraíba, com estágio-sanduíche pela Universidade Estadual de Campinas. Concluiu os Seminários do Instituto de Estudo Psicanalíticos Luís Maia, da Sociedade Psicanalítica da Paraíba – SPP. Participa das discussões do Grupo Winnicott Paraíba (GWPPB), coordenado por Katherinne Gonzaga. Participa das discussões do Grupo de Estudos Leituras Ferenczianas, coordenado por Andréa Pires. cursando Pós-Graduação em Psicanálise, pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). pvletras@gmail.com

Palavras-chave: Winnicott; díade mãe-bebê; holding; handling.

Abstract

This work focuses on a naturalistic mother-baby interaction scene that was recorded in the dyad's home. These data are part of the collection of the Speech and Writing Acquisition Laboratory – LAFE, at the Federal University of Paraíba. In this Laboratory, research is carried out with multiple scientific perspectives on the language of babies and children with typical and/or neuroatypical development. Therefore, the objective of this work is to show the functioning of concepts such as environment, holding and handling in a mother-baby dialogical scene in northeastern Brazil. The basis for theoretical discussion is found in works by Winnicott such as “Play and Reality” (1967/1975), “Babies and Their Mothers” (1968/2006), among others.

Keywords: Winnicott; mother-baby dyad; environment; holding; handling.

Introdução

De acordo com Silva e Peixoto Júnior (2017), em *A Teoria da Comunicação no pensamento clínico de Donald W. Winnicott*, desde os primeiros escritos de Freud, a fala permanece no centro das preocupações da clínica psicanalítica, tornando quase impossível encontrar um lugar para o que não fosse manifesto verbalmente. Freud parece não ter dado um lugar para outras formas de linguagem, como os gestos, a troca de olhares, pois para ele o inconsciente se manifestaria no ato de falar.

Ainda segundo os autores, a clínica psicanalítica rompeu com a tradição do foco na fala, primeiramente com ponderações de Ferenzi, que deu visibilidade à linguagem do corpo e dos gestos, o que influenciou também os analistas da Escola Inglesa de Psicanálise. Foi o que ocorreu quando Winnicott ressaltou o inconsciente não ver-

balizável e constituiu, em torno dele, sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo e sua prática clínica (Silva & Peixoto Júnior, 2017). Foi nesse sentido que Winnicott se interessou logo cedo pela comunicação na relação mãe-bebê, na medida em que começou a atender uma grande quantidade de crianças, o que o levou ainda a formular uma extensa teoria sobre os primeiros momentos vividos entre o bebê e a mãe.

Diante dessa apresentação, meu objetivo com este trabalho é mostrar o funcionamento de conceitos como ambiente, *holding* e *handling* em uma cena dialógica mãe-bebê no nordeste brasileiro. Para isso, me baseio nas seguintes obras de Winnicott: *O brincar e a realidade* (1967/1975), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (1983), *Da Pediatria à Psicanálise: textos escolhidos* (1945/2000) e *Os bebês e suas mães* (1968/2006). Para análise, apresento uma cena de interação naturalística entre uma mãe e seu bebê do sexo masculino, à época com oito meses de idade³. Começo, então discutindo, mesmo que de forma sumária, conceitos caros para Winnicott como ambiente, *holding*, *handling* e relação especular.

Tudo começa em casa: ambiente, *holding* e *handling*

De acordo com Winnicott, em *O brincar e a realidade* (1975), nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel vital é desempenhado pelo ambiente (exercido pelo papel materno), que, de fato, o bebê ainda não separou de si mesmo. Gradativamente, a separação entre o “não-eu” (uma vez que no processo simbiótico, o bebê ainda não tem percepção de si como

3 O recorte faz parte do banco de dados do LAFE – Laboratório de Aquisição da Fala e da Escrita, da UFPB, coordenado pelas professoras linguistas, Dra. Marianne Carvalho Bezerra Cavalcante e Dra. Evangelina Maria Brito de Faria. São dados previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB.

alguém separado do corpo da mãe) e o “eu” (processo de constituição em que o bebê já se percebe com certa autonomia) se efetua e o ritmo dela varia de acordo com o bebê e com o meio ambiente. Para o autor, a função ambiental envolve: segurar e manejar o bebê (*holding e handling*), além de apresentar objetos a esse bebê. Ainda segundo Winnicott (1975), um bebê é segurado, satisfatoriamente manejado e apresentado a um objeto a fim de que sua experiência legítima de onipotência não seja violada, para que o bebê sinta que criou o próprio objeto.

O objeto constitui um símbolo da união do bebê e da mãe. Esse símbolo encontra-se no lugar, no espaço e no tempo, onde e quando a mãe se acha em transição de ser fundida ao bebê e ser experimentada como um objeto a ser percebido e concebido. O uso de um objeto simboliza a união de duas coisas agora separadas, bebê e mãe, no ponto, no tempo e no espaço, do início de seu estado de separação (Winnicott, 1975). Como esse bebê em constituição depende totalmente da mãe nesse primeiro período do seu desenvolvimento, tudo aquilo que for proporcionado será constitutivo do seu psiquismo, desde os atos mais elementares aos mais complexos, como “recebê-lo ao peito assim que nasce, promover sua primeira experiência de alimentação, embalá-lo, vesti-lo, limpá-lo, pô-lo para dormir, enfim, ver e ser vista pelo seu bebê” (Silva & Peixoto Júnior, 2017, p. 67).

Para Winnicott, em *Da Pediatria à Psicanálise: textos escolhidos* (2000), o desenvolvimento emocional do bebê começa muito cedo por meio dos processos de integração, personalização e realização. Segundo o autor, o bebê desenvolve a integração, quando alguém “junta seus pedaços”, ou seja, quando alguém cuida desse bebê aquecendo, dando banho, chamando pelo nome etc., para que o ser em desenvolvimento integre suas partes e se constitua. No caso da personalização, algo semelhante ocorre. Para que o bebê se sinta dentro do próprio corpo, além da experiência instintiva, o ambiente precisa

garantir os cuidados básicos iniciais. Quanto ao ambiente, processos do cuidar, de ver rostos, ouvir sons e sentir cheiros são gradualmente reunidos e transformados num único ser, que será chamado “mãe”. O contrário também pode ocorrer acarretando adoecimento psíquico desse bebê, quando esse ambiente (mãe) não favorece a integração e personalização ideais para o seu desenvolvimento. Quanto a esses aspectos do olhar, se reconhecer e reconhecer o outro, discutido de forma breve no próximo tópico.

A relação especular e o desenvolvimento emocional do pequeno sujeito

Nesse ambiente de *holding*, *handling* e apresentação de objetos ao bebê, o processo de constituição do pequeno sujeito ocorre. Para Winnicott, “no desenvolvimento emocional individual, o precursor do espelho é o rosto da mãe” (Winnicott, 1975, p. 165). Tudo isso é próprio do início e disso provêm as imensas complexidades que abrangem o desenvolvimento emocional e mental do bebê e da criança. Para o autor, quando o bebê olha para o rosto e olhos da mãe, ele precisa se enxergar, ou seja, precisa estar contemplado (Winnicott, 1975). Ser reconhecido é uma necessidade básica que o ser humano tem assim que vem ao mundo, e essa experiência perdurará por toda a vida, buscando no outro esse reconhecimento que um dia experimentou. O espelhamento não é uma experiência que se dá unicamente pelo olhar, mas por todo um conjunto de experiências mútuas entre a mãe e o bebê, no qual se inclui o olhar. No entanto, para o bebê, a falta do reconhecimento do olhar materno pode ser um indicativo de doença da mãe e ocasionar algum distúrbio psíquico nele (Silva, 2016).

Para Winnicott, em *Os bebês e suas mães* (2006), a língua falada não tem tanta importância nesses processos iniciais, quanto o *holding* e *handling*, ou seja, quanto ao ambiente de cuidados e confiabilidade. Para o bebê, tudo é uma primeira experiência,

inexistindo qualquer medida para julgamento ou comparação. O que é comunicado ao bebê nesses primeiros estágios de constituição é mais uma forma silenciosa do que falada, pois “o bebê não ouve ou não registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade” (Winnicott, 2006, p. 87). O toque, o cheiro, o calor, a batida do coração da mãe, as brincadeiras, a troca de olhares são o ambiente de acolhimento e cuidados.

Para além disso, Winnicott ainda discute que nas brincadeiras entre a mãe e o bebê nascem a afeição e o prazer pela experiência. O rosto materno se torna o protótipo do espelho, pois, no rosto dela, o bebê vê a si próprio. “Se ela estiver deprimida ou preocupada com alguma coisa, então é claro que o bebê não verá nada além de um rosto” (2006, p. 89). Se a mãe “falha” em termos de *holding*, *handling* e apresentação dos objetos, ela estará “falhando” na comunicabilidade com o seu bebê, e, portanto, não se constituirá como um ambiente suficientemente bom (Silva, 2016). Nessa passagem, faço uso das aspas para marcar a expressão “falhar”, uma vez que entendo a necessidade de modalizar o uso do termo aplicado à responsabilidade materna, o que geraria outras discussões, para outros momentos.

No próximo tópico, mostro uma cena de interação entre uma mãe e o seu bebê, em momentos diferentes da rotina de cuidado, para apresentar o funcionamento de conceitos como ambiente, *holding* e *handling*.

O desenvolvimento emocional na rotina dialógica mãe-bebê⁴

O contexto da cena se dá na casa da família no nordeste brasileiro. A gravação se inicia com a rotina da mãe trocando a fralda do bebê, mostrando a ele objetos. Após isso, a cena continua com a rotina da alimentação. A cena original tem cerca de 30 minutos, mas, para este texto, trago pequenos recortes pontuais. Na transcri-

⁴ Na transcrição de dados do LAFE, sobre cenas de relações mãe-bebê, optou-se por tentar aproximar a ortografia à pronúncia dos sujeitos.

ção da fala materna, procuro aproximar a ortografia ao que seria a pronúncia real. Uso o sinal : ao final de alguns termos para indicar um alongamento da sílaba, para mostrar características melódicas da fala materna.

Aos 00:11 da cena, a mãe diz “tomi, tomi, ó aqui” e põe a fralda no bebê mostrando a ele um frasco. O bebê choraminga, não olha para a mãe nem para o frasco. Em seguida, ele olha, estica o braço esquerdo e pega o objeto mostrado pela mãe. A mãe continua interagindo e, **aos 00:25** diz “tomi essi daqui tomi”. Ela mostra uma escova para o bebê, que estica o braço esquerdo na direção do objeto para pegá-lo. A mãe alterna o olhar entre o bebê e o objeto. **Aos 00:46** a mãe diz “tomi esse” e mostra a escova novamente. O bebê não está atento. A mãe, então, começa a girar a escova com a mão direita na frente do bebê e diz “ó essi aqui. Eita.. Faiz assim. Eita.. Eita neném. Olha u rei leão”. O bebê estica os dois braços e faz um movimento com os dedos, enquanto a mãe gira a escova na mão dele. O bebê fica olhando para o objeto e a mãe olha para o bebê. **Aos 03:21** a mãe fala “mi dê a petinha, mi dê. Mi dá: mi dá:” enquanto estica o braço direito com a mão aberta em direção ao bebê. Ambos olham para a mão aberta da mãe. O bebê está com as duas mãos segurando a tampa da chupeta, que está na sua boca. A mãe continua “mi dá, mi dê a petinha (falseteado). O bebê tira a tampa da chupeta da boca, olha para a mãe e sorri. A mãe permanece com a mão estendida, o bebê alterna o olhar entre a mãe, a mão estendida e a tampa da chupeta. Após isso, entrega a chupeta para a mãe, olhando para ela e sorrindo. A mãe fala “brigadu amô, brigadu”. A mãe pega a tampa da chupeta com a mão esquerda, olha para o bebê, que mantém o olhar para a mãe e continua sorrindo. **Aos 03:36** a mãe fala “mi dá: mi dá:”, estica o braço direito com a mão aberta olhando para o bebê, que coloca a tampa da chupeta na mão da mãe alternando o olhar para ela e para o objeto. A mãe fala “brigadu, é pra mim é?”, segura

a tampa com a mão direita fechada. Mãe e bebê se olham e o bebê sorri. **Aos 04:34**, a mãe fala “suquinho mamãi, suquinho gostozo”, põe o bebê no colo e alterna o olhar entre ele e a mamadeira. A mãe balança a mamadeira de suco na frente do bebê, que observa com os braços abertos.

Esse contexto da interação entre a mãe e o seu bebê envolve a troca de olhares, a apresentação de objetos, bem como o manejo do corpo do bebê. Existe uma tendência à produção de diminutivos em termos como “suquinho” e “petinha”, o que corrobora com os estudos de Winnicott acerca da fala diferenciada do ambiente/mãe direcionada ao bebê em constituição.

A troca de olhares parece ser bastante frequente nos fragmentos da cena, uma vez que há um terceiro elemento presente: o frasco de perfume, a mamadeira com suco, a chupeta. O terceiro elemento prestigia a habilidade de direcionar a atenção ao outro, em um sistema de engajamento colaborativo.

Algo bastante significativo na cena é a produção verbal materna, ao dizer “suquinho, mamãi”, o que parece mostrar uma simbiose na relação, quando a própria mãe se dirige ao bebê elegendo o termo “mamãi” e não “filho”. Ou seja, ancorando-se nos dizeres de Winnicott, existe um self em construção, mas ainda se fazem presentes momentos em que mãe e bebê parecem ser um em mutualidade, um “não-eu” ainda saliente.

Para Winnicott (1975), nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê, um papel crucial para a sobrevivência psíquica e física desse bebê é desempenhado pelo ambiente, exercido pelo papel materno. Como esse bebê em constituição depende totalmente da mãe nesse primeiro período do seu desenvolvimento, tudo aquilo que for proporcionado será constitutivo do seu psiquismo, desde os atos mais elementares aos mais complexos, como promover sua alimentação, embalá-lo, vesti-lo, limpá-lo, pô-lo para dormir, ou

seja, ações da rotina de cuidados que são vistas na cena deste texto. Para Winnicott, o desenvolvimento emocional do bebê começa muito cedo por meio dos processos de integração, personalização e realização. Quando o bebê olha para o rosto e olhos da mãe, ele precisa se enxergar, ou seja, precisa estar contemplado (Winnicott, 1975). O bebê não ouve ou não registra a comunicação, mas apenas os efeitos da confiabilidade (Winnicott, 2006), que estão presentes na cena, quando vimos a mãe oferecendo objetos ao bebê, modulando sua fala (com alongamentos, diminutivos, repetições, *falsetos*), oferecendo alimento, trocando a fralda do bebê, trazendo elementos do universo infantil (o rei leão).

Considerações finais

Como vimos com os conceitos trazidos aqui, o desenvolvimento emocional começa em casa. Isso ocorre em um ambiente de cuidados, de acolhimento, de manejo e de trocas tanto silenciosas promovendo a confiabilidade, quanto de produções de fala que se aproximam da fala do bebê.

Em casos bastante atuais, com os movimentos da sociedade em torno de formação, mercado de trabalho etc., vimos mudanças nos estabelecimentos de relações basilares como a constituição de uma família (e uso esse termo de modo amplo, não tradicional). Isso está refletido, por exemplo, nas escolas e faculdades, com alunos cada vez mais frágeis em sua subjetividade.

Conforme Winnicott (2006), tudo o que se faz em uma análise psicanalítica bem sucedida é desatar os nós do desenvolvimento do paciente, tentando alterar o seu passado, caso não tenha tido um ambiente materno suficientemente bom.

Este texto é uma contribuição sumária, que pode servir, não somente para profissionais da Psicanálise, mas para outros que quiseram conhecer alguns fundamentos winnicottianos.

REFERÊNCIAS

Silva, S. G. (2016). **Eu vi que você viu que eu vi: a tríplice hélice narcísica no pensamento clínico de D. W. Winnicott.** Tempo Psicanalítico. (p. 9-28). Rio de Janeiro, v. 48.1.

Silva, S. G; Peixoto Júnior, C. A. (2017). **A Teoria da Comunicação no pensamento clínico de Donald W. Winnicott.** Cad. Psicanál. (p. 65-83). (CPRJ), Rio de Janeiro, v. 39, n. 36.

Winnicott, D. (1967/1975). **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1983). **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artmed.

_____ (1945/2000). **Da Pediatria à Psicanálise: textos escolhidos.** Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1968/2006). **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes.

**O TEMPO DE CLARICE:
A POSSIBILIDADE DE UM NOVO TEMPO**
CLARICE'S TIME: THE POSSIBILITY OF A NEW TIME

VANEILA BUASZIK¹

Resumo

O presente trabalho ilustra, através de um caso clínico, à luz da teoria winnicotianna, o tratamento de paciente com falhas precoces em seu desenvolvimento, os sentimentos da psicoterapeuta e nosso lugar enquanto alguém que cuida de forma sensível e disponível.

Palavras chave: Winnicott; psicanálise, relação paciente-analista.

Abstract

The present work illustrates, through a clinical case, in the light of the Winnicottian theory, the treatment of patients with early failures in their development, the feelings of the psychotherapist and our place as someone who provides care in a sensitive and available way.

Keywords: Winnicott; psychoanalysis ;Patient-analyst relationship.

Para Winnicott, o paciente não é intrinsecamente inaceitável para si mesmo, mas ele só pode despertar para si mesmo no seu próprio tempo. Phillips (2006)

1 Psicóloga. Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica-Crianças e Adolescentes. Membro efetivo do Itipoa-Psicanálise e Criatividade. psicovaneila@gmail.com. (51)99772.0806

Este trabalho originou-se de minha prática clínica pautada pela teoria winnicotianna, o desejo de deixar algum registro sobre este ofício tão delicado e tão profundo que nos aventuramos a realizar enquanto psicoterapeutas.

Nossa primeira sessão foi o encontro de dois silêncios. O dela, devido à sua precariedade de simbolização e ausência de afeto. E o meu, que precisava respeitar o tempo e o momento da paciente, sem ser intrusiva. Ao mesmo tempo, com meu olhar e minha presença, mostrava a ela que estava ali, disponível para acolhê-la em toda a sua vulnerabilidade.

Tinha entre 32 e 35 anos, o corpo franzino, encolhido, como se não quisesse ocupar muito espaço no mundo. Dizia que não havia nenhum problema no trabalho, não era depressiva e muito menos ansiosa. Todavia sentia que para além da aparente tranquilidade de sua vida havia algo de errado, sabia que não era como as outras pessoas que pareciam transitar alegremente pela vida. Examinava tudo minuciosamente, o consultório, meu corpo, meus gestos, senti que era como se tentasse adivinhar se eu teria um espaço-tempo para ela escrever a nova história de sua vida e seu nascimento psíquico. Embora tratar-se de uma pessoa adulta, com responsabilidades profissionais e familiares, parecia ecoar de seu interior uma criança assustada e solitária.

Na sessão seguinte, refere necessidade de contar sua história, mas não sabe por onde começar. Respondi que não havia pressa, e muitas histórias levam tempo para serem contadas. Carregava dentro de si algo que ainda não tinha forma e nem podia se materializar.

Os detalhes da vida de uma criança podem ser como contas que estão por toda a parte esperando ser amarradas, e podem, claro, ser amarradas de várias formas. O analista ajuda o paciente a recolhê-las e os dois os amarram, juntos. (Winnicott, 1960).

Elsa Oliveira Dias (2014), a partir de Winnicott, fala sobre a diferença entre o manejo e a interpretação, onde o manejo se dá diante das regressões do paciente, promovendo uma construção de história, um solo onde ainda não há profundidade.

Compreendi, que a fragilidade psíquica da paciente requeria uma forma de cuidado diferenciada. No meu lugar de psicoterapeuta, poder dar voz a este silêncio inicial é se deixar afetar, indo ao encontro de uma linguagem primitiva.

Reik (1948/2004) refere que o analista não escuta somente o que está nas palavras, ele escuta também o que as palavras não dizem. Escuta com o “terceiro ouvido”, o que diz o paciente e suas próprias vozes interiores, quando o que existe é um universo de vivências que carecem de simbolização.

Ainda, Ferenczi (1928/2003) destaca o resgate da afetividade, a presença da empatia, tato e acolhimento. O “sentir com” o paciente exige do terapeuta extrema sensibilidade e favorecerá o acesso aos conteúdos não nomeados

Aos poucos traz um sentimento que carrega há muito tempo: o de ser um incômodo. Nesses momentos, a narrativa era de uma vida sem luminosidade, permeada por uma escuridão interior. Contrastava com o significado do seu nome, Clarice, : “ a que é brilhante, luminosa”. Ao contrário disso, o que se via era um apagamento, um vazio que permeava toda a sua existência

Me parecia alguém frágil, quebrada em incontáveis caos invisíveis. O que foi posteriormente confirmado em seus relatos, inundados por sentimentos de vazio, solidão e inadequação. Não existia uma vivência anterior de acolhimento e proteção. Pude compreender que no início de seu desenvolvimento, não contou com um ambiente que pudesse se adaptar às suas necessidades físicas e emocionais de maneira suficientemente boa. Isso ocasionou uma interrupção em seu processo de amadurecimento, De acordo com Winnicott (2000), em geral os bebês encontram-se em condições favoráveis quando estão em um estado de dependência absoluta, todavia para alguns bebês isso não acontece. Isso faz com que o indivíduo sinta que vive uma vida sem sentido, com prejuízos significativos em sua espontaneidade e criatividade.

Eu escolhia com cuidado cada palavra na tentativa de me aproximar e acolher sua dor. Assim como o mundo é apresentado ao bebê em pequenas doses, também o trabalho no setting ocorre aos poucos, sutilmente, respeitando a singularidade e o ritmo do paciente. De acordo com Winnicott (2000), o que podemos fazer é cooperar com o paciente no surgimento de um processo, em que cada paciente possui seu próprio ritmo e caminha no seu próprio rumo.

Na perspectiva winnicottiana, para um bom manejo clínico, é fundamental a compreensão acerca dos possíveis fracassos ambientais vivenciados pelo paciente, tendo em vista que cada situação demanda um tipo de posicionamento do terapeuta. Ali, eu seria para ela, a psicoterapeuta-ambiente que permite e acolhe suas hesitações, pausas e regressões.

Em um dado período do tratamento, traz que está se sentindo desmotivada e passa longo períodos deitada em sua cama. Fico angustiada com este relato e parece que algo urgente precisa ser feito para resgatar a paciente do buraco e do vazio. Porém algo importante aconteceu: a paciente sentiu-se autorizada a viver todo seu desamparo, a deixar ruir o edifício que a sustentava precariamente. Compreendi que não adiantaria lhe fornecer soluções, mas acompanha-la nessa dolorosa travessia, mantendo uma atitude empática e de cuidado.

Tudo era muito delicado e sutil. Precisei sobreviver a períodos áridos, sem me precipitar em preencher com entendimentos, que certamente seriam prematuros. Cada ausência, cada vazio, cada abandono, eu atravessei com ela. Em nossa relação a paciente pode sentir que seu tempo era respeitado. Pois sim, há um tempo para tudo, e quando esse tempo não é considerado em termos de desenvolvimento, podem ocorrer inscrições traumáticas no psiquismo. O clima emocional de cada sessão era profundo e intenso, eu me sentia transportada para outro lugar. Por vezes era difícil voltar à realidade, parecia que criávamos um outro mundo que era só nosso.

Após um feriado prolongado, perguntou se poderia me contar sobre sonhos que se repetiam com frequência, evidenciando a am-

pliação de sua capacidade simbólica. Ela foi podendo expressar uma comunicação cada vez mais rica de suas experiências, de seus afetos.

Winnicott (1968/2021) assinala que o ato de confiabilidade humana se estabelece muito antes do discurso verbal ser adquirido e ter significado, ou seja, que quando uma mãe ou cuidador nina/segura seu bebê, seu tom de voz e o som que emite têm influência na capacidade de confiar.

A experiência da continuidade e previsibilidade, inaugurou um novo tempo, quando a paciente se sentiu capaz de poder confiar, talvez pela primeira vez em alguém, encontrou um ambiente disponível emocionalmente, com um cuidador que está presente, atende suas necessidades emocionais, onde é possível o acesso seguro de suas vivências dolorosas.

Acredito que ao longo desse processo com Clarice, pude oferecer à paciente a vivência de continuidade e confiança, inaugurou-se então um novo tempo em seu amadurecimento.

Segundo Winnicott (1970) no viver criativo, tudo aquilo que é feito fortalece o sentimento de existir, de que estamos vivos e de que somos nós mesmos.

Ofereço aos meus pacientes um atendimento especializado, baseado na minha sensibilidade e afeto. A perfeição, como assinala Winnicott, é característica das máquinas, mas acredito na minha capacidade de cuidar do outro.

Cada encontro é uma oportunidade valiosa de se permitir ser tocado afetivamente e também tocar, acredito que meu trabalho enquanto psicoterapeuta fortalece meu viver criativo, conhecer a singularidade de um paciente é um retorno à esperança e à possibilidade de ser no próprio tempo.

REFERÊNCIAS

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

Dicionário de nomes próprios. Clarice. Recuperado de <https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/clarice/>

Ferenczi, S. **Elasticidade da técnica psicanalítica.** In *Psicanálise IV* pp25-36), 2Ed São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928).

Reik, T. (1948/2004). **Escutando com o terceiro ouvido. Observação consciente e inconsciente.** *Pulsional — Revista de Psicanálise* (n178). São Paulo: Editora Escuta

Winnicott, D. (1960/1965). **O cordão: uma técnica de comunicação,** p.153-157

_____ (1975). **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958)

_____ (2021). **Tudo começa em casa.** São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1968)

_____ (2000). **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Imago Editora.

SEÇÃO
GESTO ESPONTÂNEO

RETROSPECTIVA ANALÍTICA
UMA EXPERIÊNCIA DE REGRESSÃO
ANALYTICAL RETROSPECTIVE — A REGRESSION EXPERIENCE

CHARBELLE JABBOUR

Resumo

Este trabalho traz a experiência de uma regressão profunda vivida na minha própria análise. Nele, descrevo de forma sintética, como a mesma se deu, os sentimentos experimentados de forma intensa e dolorosa, o manejo da minha analista, a saída da dependência absoluta e relativa e a conquista de um self inteiro. Para tal, lancei mão de um texto poético escrito na época em que fui lançada para as profundezas de mim mesma quando da internação da minha analista por covid. Por fim, compartilho a experiência ocorrida nos meus inícios quando tinha quatro meses de vida e fui deixada aos cuidados da minha madrinha e que explica um dos momentos vividos na minha regressão e finalizo mostrando a importância dessa experiência para a minha clínica.

Palavras-chave: Winnicott; dependência absoluta e relativa; regressão no setting analítico; manejo, objeto transicional.

Abstract

This work brings the experience of a profound regression experienced in my own analysis. In it, I describe in a synthetic way, how it happened, the feelings experienced in an intense and painful way, the management of my analyst, the escape from absolute and relative dependence and the conquest of an entire self. To do this, I used a poetic text written at the time when I was thrown into the depths of myself when my analyst was hospitalized for Covid. Finally, I share the experience that occurred at the beginning when I was four mon-

ths old and was left in the care of my godmother, which explains one of the moments I experienced during my regression and I finish by showing the importance of this experience for my clinic.

Keywords: Winnicott; absolute and relative dependence; regression in the analytical setting; management, transitional object.

Neste trabalho, apresento um tema que se tornou tão caro para mim nesses últimos meses, depois de eu mesma ter vivido na minha análise uma regressão profunda. Regressão esta que me levou para experiências vividas nos meus 6 primeiros meses de vida e que colocou a necessidade imperiosa de estar com minha analista 5 vezes por semana ao longo de 1 ano e oito meses. Winnicott fala em seu livro da Pediatria à psicanálise que a regressão traz consigo a possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada à necessidade do paciente na sua infância precoce, fala também que vivê-la é muito difícil, pois o paciente é levado para a dependência absoluta do qual tem noção, diferentemente do bebê que não a reconhece e, portanto, não a vive com angústia se for atendido em suas necessidades (p. 387-388). Vivi essa experiência no corpo e na pele; dependi da minha analista como se depende do ar para se respirar. E a primeira noção dessa dependência se mostrou na necessidade de ouvir sua voz o tempo todo, já que não podia estar com ela o tempo todo. Foi então que perguntei se poderia gravar as nossas sessões, que ainda eram duas vezes por semana, para, pelo menos levar a sua voz e tê-la, em alguma medida, comigo, ao meu lado. Ela concordou e, com isso, foi possível amenizar um pouco a dor da separação e da espera, mas não o suficiente para que a alta frequência se impusesse. Até mesmo atravessar os finais de semana era insuportável. Eu não conseguia tirá-la dos meus pensamentos, a presença da necessidade de vê-la me atormentava, me machucava, me fazia sentir-me louca. A Charbelle adulta não queria incomodá-la, mas a pequena só reclamava e chorava. Era um cabo de guerra permanente. A luta entre elas só cessava

quando eu dormia. Então passei muitos finais de semana dormindo. Nesse período, a regressão já estava em curso porque grande eram a confiança e a esperança depositadas em minha analista, e, por causa delas, fui arremessada para um buraco ainda mais profundo com o que veio a acontecer em seguida.

O texto poético que lerei a seguir foi escrito enquanto esperava pela volta da minha analista quando de sua segunda internação por Covid. A primeira foi vivida com dor semelhante, mas, porque houve a possibilidade de ficarmos em contato, trocando mensagens pelo zap, a espera por sua volta foi menos angustiante. Já a segunda, devido sua internação na UTI, o contato foi totalmente interrompido e a queda para esse buraco fora inevitável e vivido com muito desespero e agonia. Fui lançada para o desamparo dos primeiros meses.

Escrever esse texto foi a única maneira que encontrei de colocar em palavras o que senti de forma tão intensa, dolorosa e esmagadora. A linguagem formal não alcançaria ou não traduziria a vivência desse momento.

Segue o texto, ao qual dei o nome de *Tranças da Solidão*

“A solidão me fitava mesmo quando tudo estava escuro.

Ela me fitava e acertava o peito, rasgava a dor aprisionada que saía num grito.

O buraco era enorme.

O medo do abandono chorava.

O desamparo derrubava o bebê, o afogava na angústia.

O olhar que sustentava partiu.

O sol que iluminava as manhãs se escondeu.

O amarelo mudou de cor.

As mãos trançavam palavras que davam sentido, continham os desassossegos, traduziam o sentir.

Ainda era cedo demais para você sumir.

Não havia dado tempo de você entrar.

Não havia dado tempo de me acolher num abraço.

Como a nuvem que caminha, você saiu do lugar sem que eu tivesse desenhado seu rosto em meus olhos.

Meus cabelos não haviam crescido, não tinham o tamanho para se fazer tranças, unir um com dois e depois com três, prender num laço.

Minhas pernas não me permitiam deslumbrar o infinito, elas eram curtas demais.

Meus pés, por pouco, cabiam na palma da mão.

Sua voz ecoava ao longe como uma canção que está por terminar. Aos poucos ia sumindo, tornava-se um sussurro, não ninava mais, não acalentava, dormia distante, noutra lugar, e no lugar, o vazio, a ausência, a concretude da necessidade de estar acompanhada, porque o bebê quando olha para o espelho não se vê, e busca em vão a mãe por trás dele, por trás dos próprios olhos.

Então, o nada, porque só a presença viva traz o sentido de existência.

Antes da solidão entrar e mudar a cor do amarelo, suas mãos me alcançavam, tocavam meu rosto, penteavam os cabelos, trançavam e destrançavam o emaranhado de uma história bordada com falhas, umas visíveis, outras nem tanto, mas suficientes para enfeitar o rosto já um pouco desgastado pelo tempo, desbotado pelas cores mal dispostas. E apesar da tela que nos separava, sua vivacidade em muitos tons marcava a minha e sustentava as dores, as alegrias, as tempestades, os dias nublados.

Neste início, éramos duas, o sol chegava pontual e me acordava, o relógio não se atrasava, tiquetaqueava e me levava ora para trás, ora para frente, às vezes, para nenhum lugar, porque imóvel e imobilizada as emoções me invadiam saídas das caixinhas amarelas que, um dia, num sonho, apareceram espalhadas num sofá. Minha mão pequena segurava na sua e olhávamos juntas para o que tinha dentro.

Um dia, entramos no buraco, no pequeno pedaço de mim que

faltava ver para dar nome aos fantasmas que vagavam e me assombravam. O seu S sustentava, socorria, sentia junto, sorria, suspirava e se mantinha paciente, serenava as dores, sacudia a poeira que me impedia de ver com clareza, soprava pra longe o desastre, serpenteava o entorno para me proteger de uma queda.

Um dia, como um trovão que clareia o céu e logo desaparece, me senti sozinha. No meio do silêncio e do escuro não te vi. Fechei os olhos para tentar encontrá-la dentro, em mim. Enxerguei nossas pegadas, andei guiando-me por elas para ver o sol do lado de fora. Apalpei as paredes para achar uma escada que me tirasse dali, ouvi música para afastar a solidão, pintei seus olhos nas nuvens para espantar a tristeza, o medo e para me distrair, “encompridei” os sentidos para aguentar até que você voltasse. O laço que mantinha a trança unida ainda não estava tão firme, se desfez com o vento que soprou dentro da caverna e me aprisionou, cegou-me a visão, ceifou a confiança e a segurança que se constituíam lentamente. No lugar, uma penugem de cabelo que denunciava o tamanho daquele corpo que gritava a ausência do olhar, da fragrância, da voz, da mãe inteira.

X, 2 x, y começavam a fazer parte de uma equação que tinha nome de abandono, de desespero, de agonia. Os ponteiros do relógio giravam para trás, não era mais possível ficar de pé, o buraco se agigantou, e junto o terror. As pegadas que me davam pistas da sua presença ali, comigo, sumiram, e a angústia que experimentava me afogava nas lágrimas que escorriam pela face. Sentia-me como dentro de um mar revoltado que explode na areia sem piedade e leva tudo que descansa ao sabor da brisa.

Do silêncio profundo que habita a exaustão, sai o último grito, a alma inteira do bebê, e você ouve. O tiquetaquear para, ouço sua respiração, abro os olhos e encontro os seus. Dos seus lábios emergem palavras que sussurram que sempre estivera ali, que nunca havia saído do buraco ou me deixado sozinha, e que nunca eu entraria ou sairia sem você.

A angústia aquietou-se, o corpo se soltou como num suspiro prolongado, o peito se encheu de sol, as nuvens passaram a carregar seu rosto, o laço que segura a trança se refez, e, com ele, a possibilidade de, mais uma vez, abrir as caixinhas amarelas.

O bebê repousa

Sente

Percebe

A mãe segura

Acolhe

Abriga

A criança cresce

Brinca

Olha

Se olha

Vê a mãe

Se vê

Penteia os cabelos

Faz tranças

A vida segue e prossegue

No horizonte, céu e Terra não se distinguem

São dois

Mas estão sós, acompanhados

Tranças e tramas da solidão”

Depois de muito aguardar pelo seu retorno, e já em desespero e agonia, escrevo para ela, que ainda se encontrava internada, pedindo socorro com letras em capslock. Ela me telefonou por vídeo em seguida e me acalmei imediatamente. Toda angústia foi embora. Seu olhar e sua voz me pegaram no colo, me tiraram do buraco e me fizeram sentir uma com ela novamente.

Abaixo, descrevo de forma sintética uma experiência vivida aos quatro meses de idade e uma outra que me mostrou de forma muita

clara a necessidade de irmos em nossa própria análise para nossas profundezas para, só assim, podermos ajudar nossos pacientes que vão para esse lugar.

Passei quatro meses de fome fisiológica e muitos de fome emocional. O leite de mamadeira que minha mãe me deu era ralo, literalmente ralo, economia de meu pai que não queria meu nascimento e nem o da minha irmã gêmea. A exaustão de minha mãe por ser muito jovem e não conseguir dar conta de dois bebês me colocou, ao longo de meses, em situação de sentir o abandono e o desamparo: ela nos deixava com qualquer pessoa que chegasse para lhe fazer uma visita. Saía de casa para dar uma volta ou ia dormir. Foi quando numa noite minha madrinha foi até nossa casa para ajudá-la, pois meu pai havia viajado. Ela nos colocou para dormir num colchão. Minha madrinha me disse que passamos, nós três, uma noite infernal, pois uma das chupetas havia desaparecido, e, por conta disso, a revezou entre mim e minha irmã e entre choros e berros durante toda madrugada. O inferno se deu também porque, apesar dos berros, minha mãe não acordou para nos acudir.

Eu e minha analista pensamos que a angústia que senti pelo “desaparecimento” dela quando de sua internação, me levou para essa experiência de desamparo e abandono. Da mesma maneira que minha mãe não apareceu, ela também não. Meses à frente, quando em seu consultório, numa das raras consultas presenciais, aliás, a primeira delas, dormi em seu divã por duas horas. Penso que o sentimento de segurança por estar em sua presença me acalmou e aquele bebê que passou a madrugada aos berros, pôde, pela primeira vez, descansar.

Quanto à regressão ligada à experiência da fome, essa se apresentou na necessidade de ver a minha analista a cada três horas durante alguns dias. A angústia chegava e com ela muitos pensamentos em looping: ela vai ficar cansada de mim, ela não vai querer mais me atender, ela vai desistir de mim. O medo e o desespero se trans-

formavam em agonia, que só passava quando me ligava. Sair desse lugar tão profundo dentro de mim mesma só foi possível porque fui ao seu encontro e tive minhas sessões por duas semanas seguidas. Tinha uma certeza muito clara de que as falhas dos primeiros tempos só seriam corrigidas dessa maneira, em sua presença. Nessa ocasião, o manejo do qual minha analista vinha lançando mão, e foram muitos, não estava mais resolvendo, não atendia as necessidades daquele bebê com fome. Eu afundava cada vez mais e tinha a sensação de que, lentamente, eu “me apagava”. Sentia-me sem força, desvitalizada e sem ânimo para conversar, apesar de precisar estar com ela. Lembro-me de, em algumas sessões, quase fechar os olhos, não por sono, mas por desistência de existir. Ficava mexendo na ponta de um plástico pontiagudo que se descolava da lateral do meu laptop como um bebê que fica esperando pela chegada da mãe e tenta se distrair brincando com um lençinho, um brinquedo ou uma chupeta. Nesses momentos, ficava ali meio aérea, meio conformada, meio sem esperança, me segurando à vida que era ela e esperando a minha ida ao seu encontro que aconteceria em duas semanas.

Após ter vivido essa regressão me dei conta do porquê não pude ter ajudado uma paciente, anos atrás, que, também muito regredida, me demandava um manejo com o qual não soube lidar. Eu sentia o tamanho do seu desamparo e de sua dependência, mas não sabia o que fazer. Ela se encontrava num buraco semelhante ao meu. Como em mim, naquela época, também havia profundezas a serem navegadas, não consegui ajudá-la tanto quanto hoje eu sei que poderia. Não pude ir com ela aonde eu mesma ainda não havia ido.

A clínica nos coloca nesse lugar muitas vezes. Lugar onde o nossos pacientes nos pedem sem pedir claramente uma adaptação às suas necessidades, uma presença viva, um acolhimento, uma sustentação, uma disponibilidade, nossa sobrevivência para poderem viver, quem sabe, pela primeira vez, uma experiência de amor.

Para terminar deixo a frase de Winnicott que diz: “O *setting*

analítico reproduz as técnicas de maternagem mais precoces” (*Da pediatria à Psicanálise*, p.384). Que possamos ter vivido em nós a possibilidade dessa maternagem nos primeiros tempos ou em nossa própria análise para podermos Ser por inteiro ao receber aquele que nos trará sua dor em poucos pedaços ou em muitos.

REFERÊNCIAS

Winnicott, D. **Da Pediatria à Psicanálise**. Editora Imago, Rio de Janeiro, 2000.

SEÇÃO
HISTÓRIA

LA PRESENCIA DE WINNICOTT EM MÍ¹

SAÚL PEÑA K.

Oh, mi Dios, pueda yo vivir cuando muera
D.W. Winnicott

Este trabajo tiene que ver con lo aprendido en mi vínculo personal con Winnicott durante las supervisiones de mis casos, así como con la relación con él y con la lectura de sus trabajos y los presentados en los encuentros latinoamericanos sobre su pensamiento. Como dije en mi comunicación sobre este maestro y la Sociedad Peruana de Psicoanálisis, antes de iniciar mi vínculo y de aprender y disfrutar con él, ya existía una afinidad con su persona y sus ideas que motivaron mi acercamiento.

Hablar de la técnica de Winnicott implica un reconocimiento muy nítido y preciso de la subjetividad, objetiva o no, de quien transmite. Él era diferente en sus vínculos con cada uno de sus pacientes, con lo cual coincidí plenamente, valorando la importancia de la distintividad. En otras palabras, lo que les voy a transmitir son los aspectos esenciales, conscientes e inconscientes, que yo elijo de mi vínculo con él. Winnicott da una importancia fundamental a lo auténtico, condición indispensable para una aproximación a la verdad. Sin embargo, lo que es auténtico en un analista puede no serlo en otro. Dentro de la concepción de su técnica, más importante que seguir una recomendación precisa que podría ser equívoca, es la que se elige por lo que uno es. Ser uno mismo es fundamental en el comportamiento terapéutico del analista e incide en la importancia del gesto espontáneo que no significa libertinaje ni relajo ni ausencia de

1 Artigo originalmente publicado na Revista Psicoanálisis N° 14, Lima 2014, da Sociedade Peruana de Psicanálise, e no livro *Estética alimentar no desenvolvimento humano*, de Márcia Zart, 2016.

límites o de coherencia, y aquí estamos justamente sobre la paradoja.

Dentro de mis elecciones tienen prioridad los aspectos filosóficos, ideológicos y éticos que percibo surgen en él y no simplemente como manifestaciones idiosincrásicas. La actitud, la escucha y el inconsciente del analista son aspectos sustanciales de su técnica y su teoría.

Esto nos conduce a reconocer en nuestra ciencia un sustento fundamentalmente antidogmático y un rescate de la subjetividad-objetiva. Paradójicamente este es el camino para alcanzar lo más objetivo. Su manifestación más lograda sería la pasión lúcida, acompañada de otras expresiones como el rapport, la empatía, la intuición, la creatividad, la originalidad y la intimidad, dándoles el lugar que les corresponde en ese específico paciente, con ese específico analista y en ese específico vínculo luego de un proceso discriminativo, suficientemente bueno, en un medio ambiente facilitante y en un espacio potencial. A través del juego se van a evidenciar manifestaciones de fondo como el false o el true self en sí mismo y en el paciente. Es a través de la otredad que se logra la transformación del objeto natural en objeto simbólico.

La dialéctica es presencia-ausencia, ilusión-desilusión, yo-no yo, suficientemente bueno-perturbador, confianza-desconfianza, insatisfacción-realización, encuentro-desencuentro, dependencia-independencia, receptivo-intrusivo, entrega-constricción, elemento femenino-elemento masculino, espontaneidad-influenciabilidad, verdad-falsedad, ser-hacer, vida-muerte, paradoja como inicio de la idea de contradicción.

Winnicott privilegia el ser que no puede desinstintivarse; el sentimiento de aniquilamiento y el de vacío tienen que ver con el instinto de muerte, personas que viven como si fueran otros. Winnicott reconoce la agresión, la agresividad, el odio, la rabia y la cólera, provengan o no del instinto de muerte.

El psicoanálisis de Winnicott aprecia la creatividad primaria del

ser humano, sus valores superiores. Coincido plenamente, agregando la raíz instintiva del ser, erótica y tanática. Parece no darle prioridad al aspecto dualista del psicoanálisis. El instinto de muerte, según mi experiencia clínica, me parece evidente, tangible y visible; una realidad inevitable y constitutiva del existir tanto en un nivel concreto como simbólico, de la salud, como de la psicopatología. Para Winnicott supondría que frente a una experiencia penosa, falla ambiental, los instintos –o el instinto– se afectarían, perdiendo la continuidad del ser y de su objeto en el tiempo; sumerge en la catástrofe del vacío del no ser hallado y se traduce como desilusión, desesperanza y anhelo de muerte. Para él, la maduración, creatividad e integración del ser en el tiempo son innatas.

Su actitud de escucha era acogedora, contemplativa, reflexiva y meditativa de la persona y su acontecer fundamental; encontrar lo humano en él y en su paciente. Su contribución adquiere dimensiones indispensables en el tratamiento y en la conceptualización de pacientes limítrofes y psicóticos –expresión de una falla grave, temprana y duradera– y en su transferencia. El analista tendrá que restituir en su vínculo materno de identificación primaria el aspecto niño del paciente, en el momento en que este empezaba a ser y donde se cortó la continuidad existencial, rompiendo la unidad psicósomática: carencia de holding (contener), handling (manejo) y backing (reforzamiento), todo ello incluido como sostenimiento. El trauma es una intrusión que proviene del ambiente y de la reacción del individuo a este.

Lo que aprendí con Winnicott, además, es a estar preparado frente a lo inesperado. Cada experiencia es única, distinta e invaluable. Contrario a los dogmas y muy libre. El analista cometerá errores y tratará de restituirlos. El error es importante dado que es una manera de desidealizarnos. Quien no es capaz de reconocer su odio al paciente no puede trabajar con él, pues se produciría una colusión y no aliviaría el sufrimiento ni el dolor psíquico ni físico de

sus pacientes ni de él. La verdad que se descubre a través del mismo paciente se expresa en el alivio de su sufrimiento.

Para él la transferencia no se reduce a los términos libidinales, es una experiencia integrativa del ser, sostenida en el tiempo, con continuidad y maduración.

Él introduce aspectos de sí mismo reconociendo sus errores o fracasos. No tiene respuestas inmediatas para las múltiples complejidades sino que necesita un tiempo: “Se lo haré saber cuando lo recuerde”, mostrándose falible. Cuando el analista es bueno sustituye a la madre y a otras personas que fallaron; cuando es malo reactiva un pasado que se vuelve presente. Percibe la utilidad en el reconocimiento del error. Diferencia la repetición de la igualdad aparente ya que no se repiten dos actos. Siente la experiencia emocional compartida. La repetición puede cambiarse y madurar. La vivencia y anhelos están ligados a experiencias de satisfacción de recuperación del cuerpo, de la ilusión y de la propia naturaleza. Recrea lo ya dado, el libre deambular de la fantasía y el juego: un encuentro con la cultura.

La analizabilidad no depende de ciertas patologías severas sino de la propia posibilidad de percepción del analista. Lo importante es tener la capacidad ética de introducirse en la intimidad del ser y rescatarlo en una continuidad legitimante con el propio pasado personal, familiar y cultural.

El juego del analista-paciente consiste en vivir, experimentar, y descubrir, conduciendo a una mutualidad. Es ahí donde se ubica el espacio potencial, la experiencia cultural y la simbolización. El enigma es constitutivo de la experiencia misma de lo vital: deseo de saber, posibilidad de sentir y pensar.

El análisis se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del analista y está relacionada con dos personas que juegan juntas. Cuando el juego no es posible, el analista se orienta a llevar al paciente de un estado en que no puede jugar

a uno en que le es posible hacerlo. “Transformar en terreno de juego el peor de los desiertos.”

Winnicott manifiesta que el juego es universal y corresponde a la salud. Jugar es la capacidad que desarrolla libremente el área intermedia donde el adentro y el afuera se confunden en la experiencia vivencial. Jugar es vivir creativa, saludable y enriquecedoramente consigo mismo y con el entorno. Significa divertirse, loquear; recrearse. El juego es también ilusión y ofrecimiento. El escenario del juego es el espacio potencial.

En la experiencia de la confianza básica no surge un problema de separarse porque aparece un juego creativo y con ilusión, con sentido de realidad, significativo y descubridor. Disfrute de la capacidad de estar solo. Este espacio entre analista y paciente se extiende luego a la familia, al individuo, a la sociedad y al mundo.

El jugar y la experiencia cultural están vinculados al pasado, al presente y al futuro que ocupan espacio y tiempo y pasan del ser al hacer.

En el análisis el juego tiene que pasar del dolor y del sufrimiento inevitables e indispensables al disfrute, al placer, al goce y hasta a la felicidad. El juego con la locura, cualquiera que esta sea, tiene que ser participando y acercándose a ella para permitir ir descubriéndose y aprendiendo de aspectos profundos no solamente del otro sino de uno mismo.

Cuando el niño juega está en contacto consigo mismo y con la libertad, desplegando una intensidad y dando lugar a una unidad de su vida interna y externa, es decir, la tranquilidad en movimiento y su creatividad sería una calidad de vida que le confiere su realidad. De esta manera el paciente creará al analista y el analista al paciente en un lugar de encuentro con ilusión y transfiguración, marcando el hito en el proceso de diferenciación, individuación y separación, dándose cuenta de la existencia de contrastes y que la subjetividad es inseparable de la distinción entre el símbolo (un pensamiento)

y lo simbolizado (de lo que se piensa). Realidad que no excluirá lo imaginativo. (Marion Milner)

El paciente intervendrá no solamente en la búsqueda de su propia interpretación, sino en la utilización de ella.

Para Winnicott no es solamente a través de la interpretación sino a través de cualquier suceso, que le permita al paciente darse cuenta de algo que no había percibido antes.

El proceso de regresión, en un ambiente facilitante, conducirá a descongelar la situación del fracaso con una dependencia del paciente y del setting, produciendo el alivio necesario, la esperanza y la sensación de un nuevo sentido de sí mismo (self) con independencia, capacidad del sentimiento de odio relacionado al ambiente inicial, la posibilidad de pulsiones que se expresan en una vitalidad y con la creación de un setting con espacio y límites que, a mi entender tiene que ser interno y externo.

El analista es capaz de disfrutar del crecimiento del paciente que descubrirá y creará su propia interpretación, reconociendo la necesidad que tuvo de la presencia y participación de aquél y expresándole su gratitud.

Para Winnicott el proceso se centra no solo en la sexualidad ni en la agresión, sino en la reacción del individuo ante condiciones adversas para el desarrollo, su tendencia vital sería buscar su supervivencia y bienestar. En mi opinión integraría estos conceptos con el paradigma freudiano de teoría instintiva dualista, la vida y la muerte como el trasfondo del conflicto psicológico y la realidad del complejo de Edipo como inherente a la naturaleza humana y centro de la psicopatología.

Los conceptos no solo deben ser expuestos, sino entretenerse con la estructura del sí mismo. De esta manera contactamos con algo verdadero, profundo y oculto de nuestro ser.

La vida es creatividad facilitada por la cópula auténtica de la plenitud del goce, orgasmo yoico y de la procreación del sense of being, sentido de “ser”, que devendrá en sentido de “hacer” sense of doing.

De tal manera que la integración de lo instintivo y del ser es indispensable; ser y sentirse real es lo propio de la salud y de la otredad. El todo es más que la suma de las partes. Vivir es la expresión de una totalidad trascendente, corporal, ideológica, filosófica, ética y existencial.

Winnicott amplió el concepto de inconsciente que guarda privaciones muy precoces que el yo no puede registrar y menos aún reprimir.

La manera de recordar es que el paciente experimente por primera vez en el presente, en la transferencia, un hecho del pasado.

Si el analista y el paciente desarrollan una confianza básica permiten que la locura temida y vivida en el pasado, se pueda vivir como tal en la transferencia y que el paciente se haga dueño de esa experiencia, logrando una recuperación y un nuevo comienzo. Re-crear su identidad.

Para Winnicott la cura analítica no solo es hacer consciente lo inconsciente o lo reprimido sino que necesita un ambiente, una presencia y un marco confiable; agregaría, integrando los aspectos escondidos y disociados del self, como dice Rycroft.

Al analizar hay que tener plena conciencia de la enorme influencia de los aspectos ideológicos, filosóficos y éticos del analista (ideología inconsciente) y de esta manera intentar que no influyan en una forma determinante sino que se desarrolle la posibilidad de aceptar que el otro elija sus propios valores, su propia ética, etcétera, hasta donde sea posible. La mejoría incluye lo indispensable del sostener, la naturalidad de una atención libre y flotante.

Hay que evitar la crueldad y el sadismo del analista y usar el tánatos terapéutico (utilización creativa del tánatos), aunque en ocasiones uno puede errar y hacer lo contrario de lo que se desea exponiéndose a lo iatrogénico. De ser así se intentará restituir el error.

La mutua y auténtica gratitud no debe surgir por motivos narcisísticos sino por lo que significa primordialmente: el beneficio de

ambos, expresión de su desarrollo y de su capacidad objetal significativa y trascendente.

La libertad conduce a una responsabilidad de la existencia; salud mental es ecuación de vivir con plenitud, con pasión lúcida, coraje, dignidad, ética y amor, por la cultura, por el conocimiento y por sentimientos genuinos frente al sufrimiento humano, incluyendo lo tanático. Disfrutar y gozar plenamente, como también ser capaz de sufrir saludablemente sin que el sufrimiento se desnaturalice o desvirtúe convirtiéndose en síntoma o enfermedad y pasando a ser sufrimiento patológico.

Para terminar quiero mencionar algo que comparto plenamente con este gran maestro, del cual tuve el privilegio de aprender en un trascendente vínculo personal, cuando dice: “La única compañía de que dispongo cuando me interno en ese territorio desconocido que es cada nuevo caso, es la teoría que siempre está conmigo, que se ha constituido en parte de mi ser y a la que ni siquiera tengo que recurrir de modo deliberado.”

Lima, 2 de diciembre de 2005

[Revisado el 12 de febrero de 2013]

Saul Peña

No Encontro
Latinoamericano
Sobre o Pensamento de
D.W.Winnicott, em Porto
Alegre, 2019 (à direita).

Na Sociedade Britânica de
Psicanálise, em Londres,
ele e Winnicott sentados
(abaixo).



SEMINÁRIOS
WINNICOTT
PORTO ALEGRE - RS