



## doi A questão do suicídio na teoria de D. W. Winnicott

### The suicide question in D. W. Winnicott's theory

Flávio Del Matto Faria\*

**Resumo:** A preocupação de Winnicott com a questão do suicídio foi constante e apesar de não ter publicado textos específicos sobre esse tema, ele o mencionou em uma grande quantidade de artigos ao longo de sua obra. Em alguns de seus trabalhos essa preocupação é sublinhada pela avaliação dos riscos potenciais de suicídio devidos à extrema vulnerabilidade, não apenas dos pacientes que se apresentavam regredidos aos estágios de máxima dependência, mas também daqueles cuja doença podia estar oculta sob o manto da aparente normalidade. Em alguns casos, o analista winnicottiano deve considerar com seriedade o fato de que, para o paciente, o suicídio pode parecer a única alternativa à submissão permanente do verdadeiro si—mesmo. Nessa perspectiva, a clínica winnicottiana do suicídio apresenta características bastante diversas da prática analítica pautada nas premissas da pulsionalidade, pois a disponibilidade e a realidade da presença do analista assim como sua capacidade de tornar real a comunicação primitiva com o paciente devem se sobrepor à necessidade, do clínico, de fazer interpretações.

**Palavras-chave:** Psicanálise, Winnicott, Suicídio, Clínica, Falso si—mesmo.

**Abstract:** Winnicott's concern over the question of suicide was constant, and despite not having published texts which were specific to this theme, he mentioned it in a great number of articles over the duration of his work. In some of his works, these concerns were highlighted by the evaluation of potential risks of suicide due to the extreme vulnerability not only of the patients that had regressed to the stages of maximum dependency, but also to those whose illnesses could be hidden by the mantle of apparent normality. In some cases, the Winnicottian analyst should seriously consider the fact that, for the patient, suicide may appear to be the only alternative to permanent submission of their true self. From this point of view, the Winnicottian practice for suicide demonstrates characteristics which are quite different from those of regular analytical practices based on impulsiveness, as the availability and reality of the analyst's presence, as well as their capacity to carry out primitive communication with the patient should overcome the necessity of the doctor to make interpretations.

**Keywords:** Psycho-analysis, Winnicott, Suicide, Clinic, False self

\* Membro pesquisador do GPFPP da PUC/SP, Coordenador do Programa de Atenção às Tentativas de Suicídio da USJT —PROATES, Professor e supervisor clínico do Curso de Psicologia da USJT.

As implicações da teoria winniciotiana para a clínica psicanalítica são profundas e permitiram à psicanálise agregar, definitivamente, o suicídio ao horizonte de suas possibilidades de intervenção (Faria, 2003).

Apesar de não haver publicado qualquer artigo específico sobre o suicídio, as características dos casos atendidos por Winnicott levaram-no a manter constante atenção sobre o tema e as citações a respeito podem ser encontradas em grande número de seus trabalhos<sup>1</sup>.

Em alguns desses textos (1963a[1962]/1983, p.225), sua preocupação é sublinhada pela avaliação dos riscos potenciais de suicídio, devidos à extrema vulnerabilidade, não apenas daqueles pacientes regredidos a estágios de máxima dependência, mas também daqueles cuja doença pode estar oculta sob um manto de aparente normalidade. Neste sentido (1965m[1960]/1983, p. 131), o suicídio ou a tentativa de suicídio é um risco a ser considerado pelo analista e, sob meu ponto de vista, deve ser considerado uma possibilidade não apenas nas psicoses, nas depressões, na tendência anti-social e nos quadros em que a interrupção do amadurecimento levou à formação de sintomas psicossomáticos, mas também nas psiconeuroses.

No tocante ao período do amadurecimento em que tal ocorrência pode se dar, o autor deixa claro que o impulso autodestrutivo pode estar presente já na infância, oculto sob uma inocente esfregação dos olhos (Winnicott, 1944a/2000, p. 152), ou mais explicitamente, no brincar angustiado do garoto que desenha um navio, que atacado, naufraga sem esperança, juntamente com seu capitão. Pode também permear a luta incessante do adolescente para tornar-se real, ou a percepção do adulto de qualquer idade, sobre a vacuidade de suas incursões pela vida profissional, amorosa ou social.

Poderíamos dizer que a possibilidade do suicídio ou da tentativa de suicídio torna-se presente a partir do ponto em que existe um ser humano cujo processo de amadurecimento esteja detido, devido ao impedimento da realização do ser no homem. Sua concretização, ou não, dependeria em grande parte da possibilidade ou impossibilidade de retomar as condições de provisão das necessidades daquele amadurecimento. Poderíamos nos deter em diferentes aspectos do gesto autodestrutivo e de sua vinculação aos diferentes quadros da classificação winniciotiana das psicopatologias, sem corrermos qualquer risco de repetir o discurso das premissas metapsicológicas, que jamais atenderam, conforme dizia o próprio Winnicott (1987b/1990, p.32), à demanda por uma compreensão e por uma clínica do suicídio.

<sup>1</sup> Sobre algumas citações de Winnicott a respeito do suicídio, cf. Winnicott 1958a/2000, pp. 92, 271, 294. Winnicott 1989a/1994, pp.27, 75, 88, 130 e Winnicott 1984a/1999, p. 157, para citar apenas alguns textos onde o tema é abordado.

Não obstante a amplitude das contribuições de Winnicott para a compreensão e para a intervenção sobre o suicídio iremos nos deter, no presente trabalho, na questão que aponta para uma das raízes do problema, e que entendemos ser prioritária, a da cisão do ego em verdadeiro e falso si-mesmo.

O estudo do conceito de falso si-mesmo se impõe numa abordagem da questão do suicídio devido aos riscos envolvidos quando essa configuração adquire características patológicas e pelo fato de esse tipo de defesa poder estar associado a diferentes quadros clínicos, tendo sido abordado por Winnicott em muitos de seus trabalhos. O próprio autor (1965m[1960]/1983, p. 128) frisa que o conceito central não é novo e atribui a filósofos, poetas e religiosos a ideia de que a traição do si-mesmo é algo inaceitável. Em sua tese de doutorado, Dias (1998) aponta para a presença do conceito já na obra de Helen Deutsch, que em 1942, fez uma descrição do que chamou de personalidades "como se", contrapondo o quadro, assim configurado, às neuroses clássicas: ausência de sintomas neuróticos e de traços de caráter explicitamente patológicos aliada a comportamentos, no mais das vezes, adaptados às exigências da situação. O que pode nos surpreender nesses casos, segundo Dias, é a aparente normalidade que se desenvolve num completo vazio afetivo.

Não entraremos aqui no detalhamento da etiologia do falso si-mesmo, por ser este um assunto extenso e já bem conhecido daqueles que se orientam pela perspectiva winnicottiana. Porém, é pelo interesse que o estudo do desenvolvimento do falso si-mesmo tem para a clínica que Winnicott inicia a discussão de sua etiologia; e é, também, pelo interesse desta etiologia para clínica do suicídio que nos deteremos em alguns dos aspectos a ela relacionados.

Antes de qualquer avanço, é necessário frisar que o autor situa a origem do falso si-mesmo no estágio das primeiras relações objetais, quando então o indivíduo ainda não desenvolveu qualquer capacidade de se relacionar com objetos, em seu caráter de externos. Nesse estágio primitivo, ele dirá que o bebê está não integrado, na maior parte do tempo; e mesmo quando há integração ela é precária e incompleta (cf. 1965m[1960]/1983, p. 132). Aqui, o que deve prevalecer é o gesto espontâneo, que indica a existência do impulso pessoal isto é, do verdadeiro si-mesmo. É papel e tarefa da mãe-ambiente acolher e alimentar a onipotência do bebê contida em tal gesto. Somente assim, o verdadeiro si-mesmo, seja ele o que for, poderá começar a ter vida e a se desenvolver no sentido da saúde.

O autor atribui o fato de o verdadeiro si-mesmo tornar-se uma realidade viva ao êxito repetido da mãe, ou do ambiente, em responder ao gesto espontâneo da criança. Quando tal não ocorre e a mãe impõe o mundo ao bebê, pode se estabelecer um padrão de anormalidade na relação com o mundo externo — que, ainda não é externo para a criança — que muito facilmente enganará o observador,

pois, no mais das vezes ele verá uma criança sendo amamentada, correspondendo a essa amamentação, mas de modo inteiramente passivo. Essa criança jamais poderá criar o mundo em que irá habitar e, devido a isso, jamais constituirá relacionamentos externos que perceba como verdadeiros e não poderá vir a ter um futuro como indivíduo. (cf. 1988/1990, p. 128)

Tal bebê permanecerá fisicamente vivo por força de uma amamentação, de cuidados higiênicos e de saúde física, e essa sobrevivência dará aos pais, aos médicos, enfermeiros e demais pessoas ligadas à criança, a falsa impressão de que tudo transcorre como deveria ser. Winnicott diz ficar surpreendido em ver como os médicos (e nós acrescentaríamos, também outros profissionais, entre os quais incluímos aqueles ligados à prática psicoterapêutica) podem se mostrar satisfeitos com essa aparente saúde, construída sobre a base da submissão às pressões do ambiente.

Em alguns casos, sob a ameaça do aniquilamento, a única defesa possível é a ocultação total do si–mesmo, permanecendo o verdadeiro si–mesmo isolado do mundo externo devido à presença falso si–mesmo submisso, num estado constante de relacionabilidade interna. Em muitos desses casos, os únicos indicadores da existência do si–mesmo verdadeiro poderão ser uma recusa de alimento ou um balanceio ritmado do corpo, aliado a alguns comportamentos próprios dos primeiros estágios do amadurecimento. Em algumas situações em que tal defesa se organiza em graus mais extremos, mesmo esse relacionamento secreto pode se perder, tornado-se inacessível ao próprio indivíduo. Paradoxalmente, o êxito neste tipo de defesa irá constituir uma nova ameaça, pois aquilo que chamamos de si–mesmo verdadeiro, oculto e protegido das reações às falhas ambientais é impedido de viver.

Winnicott apresenta cinco níveis de organização deste tipo de defesa (cf. 1965m, p. 130), indo dos casos mais extremos, nos quais nem mesmo o indivíduo pode se dar conta do que está sendo perdido e o isolamento é de tal ordem que toda a criatividade e espontaneidade estão ausentes, até os casos em que o falso si–mesmo é um valioso auxiliar na constituição das relações de vida normal. Entretanto, para nosso propósito, será enfocado aquele nível de organização intermediário, o terceiro apontado pelo autor, em que o indivíduo se encontra mais perto da normalidade, sem, entretanto, poder ainda desfrutar de modo suficientemente integrado das relações com a realidade externa. Aqui, o falso si–mesmo tem a função de buscar condições para que o verdadeiro si–mesmo possa emergir. Existe uma vida secreta e somente aí o indivíduo pode se sentir real, mas isso não é suficiente e ele se sente atingido em sua essência, em cada situação em que precisa respeitar ou se submeter às condições da realidade compartilhada. Nesses casos, o que pode nos aparecer clinicamente é uma busca constante de realização, fundada numa angustiante percepção, do indivíduo, de que suas

relações com a realidade e com os outros se esgarçam antes que ele possa se inteirar delas, de modo que ele se vê, sempre e sempre, transformado na sombra de suas próprias possibilidades, que jamais se concretizam. Em tais situações, em que existe a percepção de que algo se perde a cada instante, numa vida que ainda não se tornou vida, o ser permanece suspenso sobre o abismo do aniquilamento, na expectativa de que o falso si-mesmo cumpra sua função de possibilitar a emergência do verdadeiro si-mesmo. Quando as condições para a emergência do verdadeiro si-mesmo não ocorrem, nos dirá Winnicott, podem se organizar novas defesas contra a sua expoliação e, se houver dúvida, o resultado poderá ser o suicídio. Essa solução extrema guarda, entretanto, e ainda, um gesto de esperança: o suicídio poderá ser o último, e talvez o único gesto espontâneo, numa tentativa de evitar o aniquilamento do si-mesmo verdadeiro. Se esta for a única solução encontrada, pelo fato de não haver mais alternativas à traição do si-mesmo, será o falso si-mesmo que organizará e consumará o suicídio.

As implicações clínicas de casos em que há uma organização defensiva baseada num falso si-mesmo patológico foram, frequentemente, apontadas por Winnicott, em especial no tocante à urgência de se estabelecer seu diagnóstico, sobrepondo-se à necessidade de configurar outras patologias, para precisar melhor o diagnóstico.

Os riscos são muitos, mas podem se tornar evidentes e serem minimizados, e até superados, se o analista perceber, com suficiente clareza, a impossibilidade de levar à frente um trabalho clínico pautado apenas nas premissas metapsicológicas das representações e da tradução da pulsionalidade. Caso o clínico não tenha essa compreensão, correrão risco, analista e paciente, de realizarem, durante anos, uma análise do falso si-mesmo, pautados na premissa, enganosa nesse caso, da possibilidade de um trabalho interpretativo, supondo uma maturidade inexistente, sustentado pela trama das representações, como se alguma similaridade e simetria entre as subjetividades fosse possível. Nestes casos, o falso si-mesmo, adaptado para reagir à invasões do ambiente, irá se submeter às interpretações do analista e, em casos extremos, poderá mesmo forjar situações de similaridade com a cura.

No entanto, nada terá acontecido em termos do encontro de condições para que o verdadeiro si-mesmo possa emergir. Ao contrário, ao longo do tempo, as incursões do par analítico pelo reino da tradução da pulsionalidade, ou da incitação ao fazer, poderão ampliar o isolamento do verdadeiro si-mesmo, levando o paciente à confirmação da sua desesperança de encontrar qualquer possibilidade para comunicar sua dor.

Risco maior haverá quando o falso si—mesmo, num arranjo defensivo especialmente organizado, estiver alojado na mente do paciente, distinguida, aqui, como é o caso em Winnicott, a mente da psique. Essas situações, exigirão do analista redobrado esforço, no sentido de não ser apanhado nas malhas da trama da organização conceitual, elaborada pelo frenético trabalho de mentalização da realidade, característico desse tipo de defesa.

Aqui, terão ainda mais valor as recomendações de Winnicott (1965m, p. 138), em relação ao cuidado que deveriam ter os formadores, para não encaminharem esse tipo de paciente para analistas em formação, quando estes não tivessem conhecimento das implicações deste tipo de defesa. Alerta de alto valor, uma vez que aqueles estudantes, presos ainda às necessidades pessoais de reconhecimento e de afirmação de sua identidade profissional e tendo por horizonte apenas as premissas metapsicológicas poderiam, facilmente, ser seduzidos pela aparente ressonância de suas interpretações, devido às reações organizadas e oportunas do falso si—mesmo mentalizador.

Nesse sentido, torna—se necessário enfatizar que o falso si—mesmo, organizado na necessidade de proteger, por todas as formas, o verdadeiro si—mesmo do aniquilamento, poderá, facilmente em alguns casos, modular um funcionamento histérico ou psiconeurótico, levando àquilo que, no discurso clínico de alguns psicoterapeutas seria nomeado como um paciente que apresenta "estrutura psicótica, mas funcionamento neurótico". Evidentemente, pensamos nós, trata—se de uma organização defensiva altamente enganadora, criada a partir da apreensão mental dos quadros psicopatológicos descritos, ou, mesmo, adotados a partir da percepção sutil das necessidades e expectativas do próprio analista de diagnosticar e circunscrever a dor do analisando. Em situações deste tipo, a interpretação, pautada na organização lógico—semântica da tradução, poderá ter como resultado a confirmação da desesperança do paciente, porque este não encontrará campo para qualquer expressão espontânea que possa gerar sentidos a partir da experiência de acolhimento do gesto.

Ao contrário da atitude interpretativa, o analista deverá poder e saber esperar, contendo em si mesmo toda a torrente de significados que a dor comunicada poderá lhe despertar. A construção dos sentidos da experiência se fará, então, a partir do essencial acolhimento e da disponibilidade do analista (Faria, 2003); uma disponibilidade que não pode ser confundida com prontidão para interpretar, mas tampouco somente para "acolher". Trata—se de uma disponibilidade de quem pode ver, mesmo no suicídio, a derradeira alternativa à submissão e ao consequente aniquilamento do si—mesmo. Nesse caso, será do analista a esperança, implícita no ato de estar junto e de assim permanecer, mesmo quando tudo o mais parecer ter perdido o sentido.

Quando tudo falhar e toda a técnica parecer esboçoar-se frente à iminência do fim, deverá restar a experiência da presença do analista, que permanecerá para além dos significados e das palavras, junto, vivo e ativamente presente. Sendo um pouco como a mãe boa comum, que vê todos os sentidos do humano na experiência primitiva do bebê, que ainda não se humanizou.

## Referências

- Dias, E. (1998). *A teoria winnicottiana das psicoses*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Faria, F. (2003). *O suicídio na obra de D.W. Winnicott: elementos para a formação de uma teoria winnicottiana do suicídio*, Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Winnicott, D. W. (1983). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1963a[1962])
- Winnicott, D. W. (1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965m[1960])
- Winnicott, D. W. (1983). (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965b. Título original: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1988. Título original: *Human Nature*)
- Winnicott, D. W. (1990). *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1987b. Título original: *The Spontaneous Gesture — Selected Letters*)
- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989a. Título original: *Psycho-Analytic Explorations*)

Winnicott, D. W. (1999). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1984a. Título original: *Deprivation and Delinquency*)

Winnicott, D. W. (2000). Psiconeuroses oculares da infância. In D. Winnicott (2000/1958a), *Textos selecionados — da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1944; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1944a)

Winnicott, D. W. (2000). *Textos selecionados — da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958a. Título original: *Collected Papers — Through Pediatrics to Psycho-Analysis*)