



O cuidado como cura e como ética

Caring as cure and as ethics

 Elsa Oliveira Dias*

Resumo: Inicialmente, o estudo explicita a natureza dos cuidados e a responsabilidade do terapeuta que estão requeridas no tratamento das psicoses, quando estas são entendidas à luz da teoria winnicottiana dos distúrbios psíquicos. Em seguida, coteja-se a ética embutida na psicanálise freudiana, nomeada aqui de ética da autonomia, a qual derivou do estudo e tratamento das neuroses e transparece exemplarmente no princípio de abstinência formulado por Freud em 1919, com a ética do cuidado proposta por Winnicott. Mostra-se, com relação a esta última, que dependência e confiabilidade pertencem ao campo semântico do cuidado, e que o protótipo da confiabilidade é a bondade original, que caracteriza os cuidados que a mãe suficientemente boa presta ao seu bebê. Na continuação, busca-se explicitar aspectos dessa nova ética, que levam a alterações fundamentais no papel do analista, na tarefa terapêutica, abrangendo o manejo, e no sentido da cura.

Palavras-chave: Winnicott, psicose, ética, cuidado, autonomia.

Abstract: This study begins by making explicit the care and responsibilities that are required of the therapist in the treatment of psychoses, when they are understood in the light of the Winnicottian theory of mental disorders. It then compares the ethics inherent to Freudian psychoanalysis – which is called here the ‘ethics of autonomy’, and which is derived from the study and treatment of neuroses and made manifest in Freud’s 1919 abstinence principle – with the ethics of care put forth by Winnicott. Regarding the latter, this study shows that dependency and reliability belong to the semantic field of caring, and that the prototype of reliability is the original goodness that characterizes the care that a sufficiently good mother devotes to her baby. The study then attempts to make explicit some aspects of this new ethics that lead to fundamental changes in the role of the analyst during therapy, which involve handling and the sense of cure.

Keywords: Winnicott, psychosis, ethics, care, autonomy

* Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana.

1. Introdução

Winnicott foi um estudioso, não do psiquismo, e muito menos do aparelho psíquico, mas da natureza humana. Sua atenção foi voltada não para a dinâmica pulsional, supra estrutural e intrapsíquica, mas para a história real das relações de um indivíduo com seu meio ambiente, desde o início da vida. Ele foi levado a esse campo provavelmente devido a fatores pessoais, de sua própria história, mas também devido ao atendimento sistemático de bebês, com suas mães, no campo da pediatria, e de adultos psicóticos, em especial dos que puderam regredir à dependência, no campo da psicanálise. Foram essas pessoas, e os problemas de que padeciam, relatados na clínica que favorecia a dependência, que possibilitaram a Winnicott vislumbrar aspectos essenciais da existência humana, inacessíveis quando se estuda o indivíduo saudável e mesmo o neurótico.

Desde muito cedo, no exercício paralelo das clínicas pediátrica e psicanalítica, Winnicott estabeleceu uma conexão entre os transtornos emocionais que os bebês apresentavam e os distúrbios de tipo esquizofrênico. Partindo das várias formas pelas quais os psicóticos se encontram impossibilitados de viver, ele empreendeu um estudo minucioso dos estágios iniciais do amadurecimento, em que a situação do bebê é de extrema dependência. A propósito de todo esse período pré-verbal, pré-simbólico e pré-representacional, a questão que o movia era a de saber quais são as condições ambientais que favorecem, ou falham em favorecer, os processos pelos quais um bebê, imaturo e altamente dependente de início, chega a tornar-se uma pessoa viável, capaz de estabelecer relações com a realidade externa, de achar algum sentido no fato de estar vivo e de ser capaz, razoavelmente, de tomar conta de si mesmo.

O que falta às pessoas que padecem de distúrbio psicótico não é propriamente chegar ao princípio de realidade, mas, de maneira mais básica, alcançar um sentido de realidade do si-mesmo e do mundo em que vivem; suas dificuldades e problemas são especialmente aflitivos, assinala o autor, pois “não fazem parte da vida, mas sim da luta para alcançar a vida [...]” (1990/1988, p. 100). Diz ele ainda, em outro texto: “Há pessoas que passam a vida não sendo, num esforço desesperado para encontrar uma base para ser” (1984b[1966]/1987, p. 116). Radicalmente diversa da das neuroses, a problemática das psicoses impõe aos analistas a necessidade de eles enfrentarem a questão de saber “sobre o que versa a vida”; essa questão se faz necessária, pois os pacientes psicóticos, “que pairam permanentemente entre o viver e o não viver, forçam-nos a encarar este tipo de problema, problema que é próprio não apenas dos psiconeuróticos, mas de todos os seres humanos” (1967b/1975, p. 139), e que se resume na seguinte questão crucial: que sentido faz a vida e o que a faz digna de ser vivida?

Nesse ponto reside uma questão ética, sobre o valor da vida. Não vale estar vivo, simplesmente, sob quaisquer condições; não basta estar fisiologicamente vivo; é preciso sentir-se vivo de tal modo que, não importa a dificuldade ou o sofrimento envolvido, o indivíduo sinta-se razoavelmente à vontade em estar vivo e ele sente que, em algum nível, sua vida vale a pena ser vivida. Há pessoas, contudo, que carregam consigo uma estranheza básica em relação a estarem vivos, ou o sentimento de não terem chegado ao começo.¹ Referindo-se, por exemplo, à problemática dos esquizoides, pautados por uma moralidade ferrenha que os impede de viver, diz Winnicott: “Pernicioso [para eles] significa qualquer coisa falsa, como o fato de estar vivo por condescendência” (1984b[1966]/1987, p. 116). Estar vivo por condescendência é o sentimento de uma existência não reconhecida, não legitimada como tal, para quem o ambiente não abriu, já na recepção, o nicho necessário de paciência e cuidado e que, portanto, tendo carecido de favorecimento, não pode chegar ao começo; nesses casos, o indivíduo perambula pelo mundo como um não nascido; eventualmente, como uma alma penada. No diário de Franz Kafka, encontra-se a seguinte anotação datada de março de 1922: “Não ter nascido ainda e ver-se já obrigado a passear pelas ruas e a cumprimentar pessoas” (Kafka, 1985, p. 554). E uma outra de janeiro desse mesmo ano: “Hesitação diante do nascimento. Se há uma transmigração de almas, a minha ainda não atingiu o grau mais baixo. Minha vida é uma hesitação diante do nascimento” (Kafka, 1985, p. 537).

Isso nos remete a uma outra questão eminentemente ética, sobre nossa atitude com relação ao risco de suicídio. Pode talvez nos guiar a seguinte questão: qual foi a tarefa e a responsabilidade de Winnicott, com relação à paciente esquizofrênica que, logo nas primeiras sessões, disse que a ajuda que ela necessitava era a de que ele a capacitasse a suicidar-se pela razão correta e não pela razão equivocada. Ela já tentara o suicídio duas vezes e acabou, mais tarde, por consumá-lo. Referindo-se a uma dessas tentativas, ela havia dito: “Era impossível continuar suportando qualquer coisa; o horror absoluto de ter um corpo e a mente, já por demais saturada. Era o conjunto da coisa, o montante da tarefa, que tornava tudo impossível” (1964c/1988, p. 41). Para essa mulher, o insuportável e abjeto não era a morte, mas a indignidade de viver e permanecer viva falsamente, por complacência. Winnicott diz: “Não consegui ajudá-la e ela se matou, desesperançada de achar a solução. Seu propósito, vejo-o agora, era conseguir que eu lhe dissesse que ela já havia morrido em sua infância primitiva” (1974/1994, pp. 74-75).

¹ Há muitos começos, diz Winnicott – o nascimento biológico é certamente um deles –, mas em especial há o começo que consiste em alcançar a posição do EU SOU, a partir da qual se pode viver a vida. Esse “nascimento” já não é biológico, mas ontológico.

Para aqueles que carregam em si a agonia impensável da ruptura da linha do ser, na infância primitiva, a morte almejada talvez não seja a do final, a segunda morte, como diz Winnicott, mas a primeira, a do não-ser do início. Talvez se possa, e se deva, fazer uma distinção entre suicídio e desistência. Nesses casos, o desejável é não ter nascido.

Tendo, portanto, em vista que a pessoa que nos procura pode não ter tido as condições ambientais satisfatórias que lhe permitissem alcançar o estatuto unitário do EU SOU, carecendo fundamentalmente de uma posição a partir da qual operar na vida, foram necessárias alterações notáveis no *setting* analítico e no papel do analista: em primeiro lugar porque, devido à nova concepção de ser humano, nossa tarefa terapêutica, com qualquer tipo de problemática, não tem como objetivo restabelecer um estado operativo e/ou funcional de sanidade sem sintomas, mas estamos movidos pelas perguntas: que sentido faz a vida para este indivíduo? E: ele a sente digna de ser vivida? Em segundo lugar, porque precisamos estar preparados para tratar das várias formas de esquizofrenia, para a emergência de fenômenos esquizoides em todos os tipos de pacientes ou para o tratamento de casos, cujas características sejam francamente *borderline*, em especial os casos de falso si-mesmo patológico, como os casos de fuga para a sanidade acima mencionados.

2. A ética da psicanálise freudiana

Na psicanálise freudiana, a teoria foi formulada a partir do estudo das neuroses e supôs um homem que, embora dilacerado pelo conflito pulsional, permanece inteiro, ciente de si e capaz de se relacionar com a realidade externa, a despeito da tendência a escapar às frustrações impostas pelo princípio de realidade e a fazer perpetuar o regime do princípio do prazer.

Lidando com a questão em termos quantitativos e atento ao fato de que são exatamente essas as tendências que transparecem na situação de análise, devendo ser objeto das interpretações analíticas, Freud formulou uma regra técnica, em 1915, ao abordar a questão em 1915, num estudo sobre o amor de transferência: “A cura tem que ser realizada em regime de abstinência. [...] O que quero é postular o seguinte princípio: há que se deixar subsistir, no doente, necessidades e aspirações, como forças que impelem para o trabalho e para a mudança, e evitar apaziguá-los com substitutos” (Freud, 1915/1989, p. 168)

Um pouco mais tarde, em 1919, num trabalho exposto no 5º Congresso Psicanalítico Internacional, em Budapeste, intitulado “Novos caminhos da terapia psicanalítica”, Freud vai na mesma direção e recomenda abstinência, aos analistas, como o princípio que deve reger a atitude daqueles que empreendem o tratamento analítico. A ideia central continua a mesma, a saber, a de

alertar os analistas para o fato de que, quando frustrado, o psiquismo busca satisfações compensatórias. É preciso recordar, diz Freud,

que o paciente adoeceu devido a uma frustração (*Versagung*) e seus sintomas prestam-lhe o serviço de umas satisfações substitutivas. No curso da análise, pode-se observar que toda a melhoria de seu padecer atrasa o *tempo* de restabelecimento [da cura da neurose] e reduz a força pulsional que opera na direção da cura. (Freud, 1919/1989, p. 158)

A cura aqui significa, naturalmente, poder defrontar-se com o princípio de realidade. Ora, se o sofrimento que advém da frustração é o fator propulsor do tratamento, então é preciso, “por muito cruel que isto possa parecer”, manter o paciente em estado de frustração: “Na medida do possível”, diz Freud, “o tratamento analítico deve ser executado em estado de privação – de abstinência” (Freud, 1919/1989, p. 155).

Isso leva a que, além de proceder à principal tarefa analítica de, através das interpretações, tornar consciente o reprimido e pôr a descoberto as resistências, o analista deve ainda estar atento e conduzir o tratamento de tal modo que o paciente encontre o menos possível de satisfações substitutivas. Para tanto, o analista deve ativamente recusar-se a satisfazer as demandas do paciente ou a desempenhar os papéis que este tenta lhe impor. A justificativa para esse procedimento, assinala Freud, é de natureza econômica: pelos desvios que são as satisfações substitutivas, escoia a energia, que é necessária para empreender o tratamento, de modo que o analista deve estar vigilante e ser ativo, exercendo uma “enérgica intervenção contra as satisfações substitutivas” (Freud, 1919/1989, p. 159). Há que pesquisá-las uma a uma e pedir ao paciente que renuncie a elas, por inocente que pareça em si mesma uma atividade produtora de satisfação.

Pode ocorrer, também, alternativamente, um segundo perigo que ameaça reduzir a força pulsional, que deve estar a serviço da análise:

O doente busca a satisfação substitutiva sobretudo no próprio tratamento, dentro da relação de transferência com o médico, e até pode querer ressarcir-se, por este caminho, de todas as renúncias que se lhe impõem nos demais campos. Sem dúvida que é preciso consentir-lhe algo, mais ou menos, segundo a natureza do caso e a peculiaridade do enfermo. Mas não é bom consentir-lhe demasiado. Quem, como analista, talvez por extravasar seu coração caridoso, dispense ao paciente *aquilo que todo ser humano tem direito de esperar de seu próximo*, cometerá o mesmo *erro econômico* no qual incorrem nossos sanatórios para doentes nervosos. Esforçam-se para que tudo seja o melhor possível para o doente, de modo que este se sinta a gosto e, em outra ocasião, venha ali refugiar-se das dificuldades da vida. Deste modo, renunciam a fortalecê-lo para esta, a torná-lo mais produtivo em suas genuínas tarefas. No tratamento analítico, é preciso *evitar qualquer mimo* dessa índole. Ao doente, têm que restar muitos desejos não cumpridos em sua relação com o médico. O adequado é, justamente, negar-

lhe aquelas satisfações que mais intensamente deseja e que exterioriza com a maior urgência. (Freud, 1919/1989, pp. 159-160; os itálicos são meus)

Um pouco adiante, no texto, Freud justifica ainda o princípio de abstinência, formulando um aspecto ético do mesmo. Diz ele: “Negamo-nos de maneira terminante a fazer do paciente que se põe em nossas mãos em busca de auxílio um patrimônio pessoal, a plasmar por ele o seu destino, a impor-lhe nossos ideais e, com arrogância de criador, a nos comprazermos com nossa obra, depois de tê-lo forjado a nossa imagem e semelhança” (Freud, 1919/1989, p. 160).

É interessante e significativo notar que Freud não acredita que se possa ajudar o paciente sem impingir-lhe o nosso próprio modo de ser ou os nossos próprios ideais; em outras palavras, que seja possível ajudá-lo, respeitando o seu ser próprio; não acredita, igualmente, na existência de algum interesse genuíno pela pessoa do outro, por exemplo, pela identificação com o sofrimento ou a aflição.²

No essencial, contudo, deve-se assinalar que a preocupação de Freud, a partir de sua perspectiva, é legítima e encerra uma ética. Cada indivíduo deve superar o que seria a tendência universal ao infantilismo, ou seja, o apego ao princípio do prazer, e enfrentar o princípio de realidade; deve dominar os instintos – ali onde está o id, deve estar o ego –, aceitar e saber lidar com as frustrações que a realidade impõe, tornando-se autônomo e não escravo dos desejos, sobretudo os infantis, estando à altura de forjar, dessa forma, o seu próprio destino. Qualquer facilitação, ou mimo, que o analista ofereça, desencaminha o paciente e o enfraquece para o que é a sua tarefa central.

É de interesse notar que, pelo fato de estar baseada no princípio do prazer e não na ideia de tendência ao amadurecimento, a teoria tradicional induz à concepção de que o paciente, quando pode, agarra-se ao bom e não quer sair do lugar. Fica retido no bem-bom. Para Winnicott, contudo, a questão não é infantilismo, mas imaturidade, o que altera substancialmente a compreensão do problema e a tarefa do analista, caso se queira empreender a cura. Quando recebe o que necessita, o bebê winnicottiano, assim como o paciente, incorpora os cuidados ambientais, e vai em frente. Winnicott afirma: “Sempre esperamos que nossos pacientes terminem a análise e nos esqueçam: e descubram que o próprio viver é a terapia que faz sentido” (1969i/1975, p. 123). Como vem enfatizando Loparic, a psicanálise freudiana é interminável, porque o aspecto quantitativo do desejo (da pulsão) é incontrolável. Em princípio, o desejo pode sempre romper os diques que foram construídos para

² Certa vez, numa mesa-redonda sobre questões psicanalíticas, acentuei o fato de que, em Winnicott, o interesse e o afeto da mãe pelo bebê não é de natureza erótica. Uma psicanalista perguntou: “Mas, se ela não está libidinalmente envolvida, como ela pode se interessar pelo bebê?”

represá-los. A necessidade não; uma vez respondida, o indivíduo vai para outro patamar do amadurecimento, podendo, inclusive, passar a ter desejos.

No texto de 1919, de Freud, acima mencionado, este faz uma ressalva ao princípio de abstinência. Diz que, apesar de a técnica psicanalítica dever basear-se na abstinência, existem pessoas tão pouco preparadas para a vida, que é preciso, com relação a elas, usar pedagogia. Freud não tem noção sobre a problemática, ou o campo de problemas, relacionados às psicoses, tal como Winnicott as concebe, ou seja, não sabe nada sobre a imaturidade do paciente psicótico; apenas constata esse “despreparo para a vida” e o entende como um déficit constitucional. Para esse tipo de pessoa, Freud recomenda que, ao influxo analítico, se acrescente o pedagógico: nesses casos, dirá ele, o médico deverá ser mais bem “educador e conselheiro” (cf. Freud, 1919/1989, p. 160).

Mas, assinala Freud, deve-se fazer isso sempre com grande cautela; não se deve educar o enfermo para que se assemelhe a nós, senão para que se libere e consuma seu próprio ser” (Freud, 1919/1989, p. 160). Ora, referindo-se à sua própria análise, Ferenczi queixou-se exatamente sobre esse ponto. Sabe-se muito bem que ninguém faz exatamente o que prega e, de fato, nesse caso, não é essa cautela, aconselhada por Freud, o que se depreende dos relatos e escritos de Ferenczi, seu paciente. Em 1932, ou seja, já no final do período de afastamento de Freud, pouco antes de sua morte em 1933, vamos encontrar Ferenczi denunciando aspectos indesejáveis da técnica psicanalítica tal como prescrita por Freud; segundo ele, esta se tornava cada vez mais pedagógica e impessoal, com o analista “flutuando como uma divindade sobre o pobre paciente, relegado à condição de criança” (Ferenczi, 1932/1985, p. 149). Criança, nesse contexto, significa incapacidade, infantilismo, e não imaturidade a exigir cuidados.

Num fragmento do “Diário clínico”, de 17 de março, e intitulado “Vantagens e desvantagens do ‘sentir com’ intensivo”, Ferenczi queixa-se, com amargura, da severidade de Freud, do teor pedagógico da análise, da intolerância deste com anomalias e fraquezas de qualquer tipo, da sua incapacidade de compreender e tolerar a loucura, da sua permanente pregação em favor do que Winnicott chamaria mais tarde, inclusive referindo-se a Freud, de “fuga para a sanidade”.

Ferenczi queixa-se, em especial, de que, como ele mesmo diz

minha própria análise não pôde avançar o suficiente em profundidade, porque meu analista (de própria confissão, uma natureza narcisista), com sua firme determinação de manter-se em boa saúde e sua antipatia pelas fraquezas e pelas anomalias, não pôde acompanhar-me numa certa profundidade e começou muito cedo com o “educativo”. O forte de Freud é a firmeza da educação, como o meu é a profundidade na técnica do relaxamento. (Ferenczi, 1932/1985, p. 113)

3. A ética da psicanálise winnicottiana

É claro que o ideal proposto pela ética freudiana da autonomia é perfeitamente aceitável para Winnicott – e não só aceitável, mas o que se espera da saúde, uma vez que, ao amadurecer, o indivíduo caminha na direção da autonomia.³ O problema, no que se refere à teoria e à técnica freudiana, é que, à luz da teoria do amadurecimento e no que refere à tarefa terapêutica, a ética da autonomia só serve para aqueles indivíduos que têm intacta a estrutura da personalidade, tendo alcançado uma posição a partir da qual viver; essas pessoas podem precisar de ajuda por padecerem, eventualmente, da ansiedade que surge da vida instintual em meio às relações interpessoais; elas chegam mesmo a adoecer, mas não de vacuidade ou de ameaça de aniquilamento, e sim de um enrijecimento das defesas do eu devido às frustrações e à ansiedade. Winnicott diz: “Seria muito agradável se pudessemos aceitar apenas pacientes cujas mães foram capazes de proporcionar-lhes condições suficientemente boas no início e nos primeiros meses. Mas esta era da psicanálise está inexoravelmente chegando ao fim” (1955d[1954]/2000, p. 388). E, para aqueles analistas que dizem não ter nenhum interesse em casos de psicose, Winnicott oferece a sua experiência como resposta: “Deve-se partir da base de que minha experiência é a de um psicanalista que, quer lhe agrade ou não, vê-se envolvido no tratamento de pacientes fronteiriços e daqueles que talvez imprevistamente tornam-se esquizoides durante o tratamento” (1968c[1967]/1994, p.151).

Não há, portanto, escolha: temos que nos haver com os não nascidos, com as almas penadas e com aqueles que se encontram aquém da vida e do mundo. O problema central desses indivíduos não é infantilismo, mas imaturidade, às vezes extrema. A questão, para eles, não é o prazer ou a frustração na impossibilidade de alcançá-lo, mas a realidade ou irreabilidade da existência.

À luz das questões trazidas pelos psicóticos, e do que se sabe, através deles, da extrema imaturidade do começo da vida, uma nova tarefa terapêutica, regida naturalmente por uma nova ética, traz um novo sentido de responsabilidade para o analista. Sendo decorrência de uma teoria em que o ser emerge do não-ser e em que o indivíduo humano jamais ultrapassa a solidão essencial e, além disso, pelo fato de ter-se deixado nortear pelos não nascidos e pelas almas penadas que perambulam pelo mundo como desertos sem referência, essa nova ética leva em conta a precariedade da existência humana e do sentimento de si, a permanente ameaça de esvaziamento do sentido da vida, o risco

³ Referindo-se ao aspecto instintual do amadurecimento, Winnicott afirma, num certo momento, exatamente ao modo de Freud, que “é o cavaleiro, naturalmente, quem deve dirigir o cavalo e não se deixar levar” (1967b/1975, p. 137). Naturalmente, contudo, essa frase vem precedida de uma outra, já não tão concorde com o pai da psicanálise que diz: “É o eu que tem que preceder o uso do instinto pelo eu”. Deixo, contudo, esse aspecto de lado, pois estamos falando de ética e não da teoria propriamente dita.

crucial de traição do si-mesmo, a ameaça de queda para sempre. O que cabe aqui não é a ética da autonomia, mas a do cuidado.

Nesse ponto, encontro ressonância em Heidegger que, nos “Seminários de Zollikon” afirmou: “O homem é um ser essencialmente necessitado de ajuda, por estar sempre em perigo de se perder, de não conseguir lidar consigo” (Heidegger, 2001, p. 180).

4. A ética do cuidado

É com toda a clareza que, numa palestra para médicos e enfermeiros, proferida na Igreja de São Lucas, em outubro de 1970, pouco antes de morrer, em janeiro de 1971, Winnicott formula essa nova ética e ele o faz relembrando à sua audiência que a palavra cura, em sua raiz etimológica, significa cuidado. Ele esclarece ainda que, por volta de 1700, esse sentido começa a degenerar e passa a designar tratamento médico, ou seja, uma intervenção, como a cura pela água (por um organismo e/ou elemento). Aqui tem historicamente início um processo de objetificação da cura, com a substituição do cuidado pela aplicação de algum elemento ou substância curativos.⁴ No século seguinte, outro significado é acrescido a este: o de desfecho bem-sucedido. Na cura, tomada nesse último sentido, “a saúde se restaura no paciente, a doença é destruída, exorciza-se o espírito mau” (1986f[1970]/1989, p. 87). A doença passará, então, a ser entendida como mal ou como pecado, de qualquer modo, algo a ser erradicado ou a ser redimido.

Winnicott prossegue dizendo que a cura, a bem-sucedida erradicação da doença e sua causa, pelo medicamento, tende hoje a se sobrepor ao cuidado. É preciso impedir, assinala ele, que os dois significados – o tratamento e o cuidado – percam o contato um com o outro. Embora seja imprescindível conhecer os tratamentos, não se pode perder de vista o cuidado. Na continuação da palestra, Winnicott pergunta:

O que as pessoas querem de nós, médicos e enfermeiros? O que queremos de nossos colegas, quando somos nós que ficamos imaturos, doentes ou velhos? Essas condições – imaturidade, doença e velhice – trazem consigo a dependência. Segue-se que é necessário haver confiabilidade. Como médicos, assistentes sociais e enfermeiros, somos chamados a ser confiáveis de modo humano (e não mecânico) e a ter confiabilidade construída sobre nossa atitude geral. (1986f[1970]/1989, p. 88)

⁴ Segundo Heidegger, a denúncia e a evitação da objetificação são aspectos essencialmente éticos de nossa responsabilidade para com o sentido da existência.

Dependência e confiabilidade são palavras que pertencem ao campo semântico do cuidado. Embora tenham sido pensadas originalmente a partir da relação mãe/bebê, e aplicadas aos casos em que o paciente necessita regredir à dependência, elas estão longe de pertencerem apenas a esses âmbitos, pois dizem respeito a necessidades vitais de todo ser humano que muitas vezes enfraquece na luta para continuar existindo, preservando a sua natureza essencial. Como cuidadores, precisamos saber que uma pessoa, muitas vezes, necessita adoecer, seja por precisar de um descanso da tarefa de viver, seja porque estar doente é, num dado momento, mais real do que uma saúde empostada e falsamente mantida. À luz de Winnicott, não mais podemos nos deixar enganar pelos casos de “fuga para a sanidade”. Pela ética do cuidado, a responsabilidade do analista nada tem a ver com preservação da vida ou de interesses vitais, de autonomia e adequação ao princípio de realidade. A questão central é a dignidade do paciente como pessoa, o valor da vida enquanto viva, a não traição do si-mesmo. A fonte dessa vida viva não é necessariamente instintual. Pode bem ocorrer de frustrarmos os pacientes, mas não os decepçamos com a quebra da confiabilidade. Podemos até infligir sofrimento, mas não os objetificar. Diz Heidegger, nos “Seminários de Zollikon”: “No que diz respeito ao querer-ajudar do médico, deve-se notar que se trata sempre do existir e não de fazer funcionar algo. Quando se visa este último, não se ajuda a existir” (Heidegger, 2001, p. 175).

Já em Winnicott, vamos encontrar a seguinte afirmação, tão ousada quanto surpreendente não fosse o embasamento teórico que a sustenta: “Os distúrbios mais insanos ou psicóticos formam-se na base de falhas da provisão ambiental e podem ser tratados, muitas vezes com êxito, por uma nova provisão ambiental” (1963c/1983, p. 205). Isso será possível se pudermos criar e manter, para o paciente, um lugar protegido, uma pequena amostra de um mundo encontrável e previsível, em que ele, a seu tempo, possa começar a ser. Isso pode implicar, em certos casos, em dar sustentação a longos períodos de tempo em que o indivíduo, regredindo à dependência, permite-se abandonar o esforço de existir e entregar-se a estados muito primitivos, de amorfia, de desorganização, de não existência. Esse lugar consiste na totalidade dos cuidados que fornecemos, e que é basicamente em que consiste o *setting* analítico em todos os seus aspectos, aí incluída a qualidade da presença pessoal do analista e de sua atenção. “Por *setting* analítico”, diz o autor, “entendo a soma dos detalhes do manejo” (1956a/2000, p. 395).⁵

A característica central desse lugar é a confiabilidade. O protótipo da confiabilidade é a bondade original que caracteriza os cuidados que a mãe suficientemente boa presta ao seu bebê. As religiões, diz Winnicott,

⁵ Sobre o manejo em Winnicott, ver Dias, 2011.

fizeram muito do pecado original, mas nenhuma chegou à ideia de bondade original [...]. O educador moral depende, para seu êxito, de existir na criança aquele desenvolvimento que possibilite aceitar este Deus do educador moral como uma projeção da bondade que é parte da criança e de sua experiência real de vida. (1963d/1983, p. 89)

Ao chamar a atenção para essa bondade, Winnicott refaz toda a teoria da constituição da moralidade no indivíduo, mostrando que, na raiz da fé, da capacidade de acreditar em..., mas também da capacidade de pôr-se no lugar do outro e do compadecimento – que é a base da moralidade pessoal e não da moralidade inculcada de fora –, está a experiência da bondade tal como foi vivida na etapa inicial da vida. Em Winnicott, não é pela introjeção da lei, como em Freud, que o homem se torna moral, mas pela experiência de ter sido cuidado, num momento em que a necessidade só podia ser compreendida via identificação da mãe com seu bebê. Essa bondade original poderia ter a seguinte formulação: alguém se deu ao trabalho de saber o que eu precisava para continuar a ser sem necessidade de reagir, antes mesmo que eu própria soubesse e, muito menos, que eu pudesse comunicar em palavras ou signos inteligíveis para os adultos.

Deve-se, contudo, assinalar: a bondade, da mãe ou do analista, não é indulgente; a bondade consiste, bem mais, na capacidade de identificar-se com o bebê, na disponibilidade para uma compreensão profunda da necessidade e numa vontade genuína de ajudar. O que é bom na bondade é que os cuidados deixam-se pautar pela necessidade do bebê ou do paciente, e não pela necessidade da mãe ou analista, mesmo que esta seja a de ser muito boa. Isso tem a ver com a capacidade natural, e também cultivada, de se identificar com o outro, de por-se no lugar do outro, de calçar os sapatos do outro. Mas tem a ver também com a capacidade de deixar que o outro adoça, ou enfraqueça, quando isso se faz necessário, sem que a vaidade do cuidador obrigue a criança ou paciente a estar bem, ou seja, a uma nova submissão.

O outro aspecto da bondade consiste em levar sempre em conta a possível imaturidade do paciente; isso significa não o invadir, não o solicitar ou o interpelar em algo para o que ele não está preparado. Mais especificamente no que se refere aos casos de psicose, cuja problemática remete a momentos primitivos do amadurecimento, a necessidade é de cuidados ambientais regulares e confiáveis, ou, como diz Winnicott, de manejo, e não de interpretações. Se estas são oferecidas, sem consideração pela capacidade maturacional do paciente, poderão constituir-se em invasões que reproduzem o padrão ambiental invasivo da origem.

Winnicott afirma, por exemplo, que a “interpretação fora do amadurecimento do material é doutrinação e produz submissão” (1968i/1975, 75). Dessa perspectiva, o que denominei de ética da

autonomia, se aplicada a pacientes cujo amadurecimento foi interrompido nas etapas precoces, torna-se uma antiética, podendo constituir-se numa violência. Winnicott afirma ainda que, ao exercer a ética do cuidado, e permitir que o paciente regreda à dependência, o analista pode ser tomado pela dúvida a respeito do que o guia em sua prática, se a bondade ou a maldade, uma vez que, segundo ele, tornamos temporariamente doentes pessoas que funcionavam bem, embora a alto custo. Gostaria agora, e por último, de assinalar que, em vários momentos de sua obra, Winnicott oferece algumas prescrições do trabalho clínico cuja característica central é a confiabilidade, estando perpassado pela ética do cuidado. Sobre este aspecto, penso que o trecho a seguir, apesar de longo, merece ser citado.

Diz Winnicott:

O que você se encontra provendo, em seu trabalho, pode ser descrito da seguinte maneira: Você se dedica ao caso.

Você aprende como é se sentir como o seu cliente. Você se torna digno de confiança para o campo limitado de sua responsabilidade.

Você se comporta profissionalmente.

Você se preocupa com o problema de seu paciente.

Você aceita ficar na posição de um objeto subjetivo, na vida do cliente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra.

Você aceita amor, e mesmo o estado de enamorado, sem recuar e sem atuar a sua resposta. Você aceita ódio e o recebe com firmeza, ao invés de como vingança.

Você tolera, em seu cliente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhaz etc. e reconhece todas essas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento (na vida particular, essas mesmas coisas o fariam manter distância).

Você não fica assustado nem sobrecarregado com sentimentos de culpa se seu paciente fica louco, se desintegra, corre pela rua de camisola, tenta suicídio, talvez com êxito. Se você é ameaçado de assassinato, chama a polícia não só para proteger a si mesmo, mas também ao paciente.

Em todas essas emergências, você reconhece o pedido de socorro do seu paciente, ou um grito de desespero por causa da perda da esperança nessa ajuda. Em todos esses aspectos, você é, em sua área profissional limitada, uma pessoa profundamente envolvida com sentimentos e, ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença de seu paciente e sabendo os limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise. E se você pode controlar a situação, há a possibilidade de que a crise se resolva sozinha e, então, será por sua causa que o resultado foi alcançado. (1963c/1983, p. 205)

Dois últimos apontamentos: A relação terapêutica é uma forma especializada de estar-com-o-outro. Seja qual for a natureza do problema que aflige o paciente, ele é outro *ser humano*, como eu mesma, e estamos ambos no mesmo barco, lançados, sem fundamento, na incumbência de existir. Winnicott diz que

quando estamos face a face com um homem, uma mulher ou uma criança, descobrimos que estamos reduzidos a dois seres humanos do mesmo nível. Não faz diferença se sou médico,

enfermeiro, assistente social, psicanalista ou padre. O que importa é a relação interpessoal, em seus ricos matizes humanos. (1986f[1970]/1989, p. 88)

Desse ponto, continua ele, há apenas um passo para a pergunta: qual dos dois está doente? “Às vezes”, diz Winnicott, “é uma questão de conveniência” [...] ⁶. É útil que se entenda o alívio imediato que o conceito de doença e de estar doente traz ao legitimar a dependência; aquele que é bem-sucedido na reivindicação de estar doente se beneficia de um modo específico. O reconhecimento de que o outro está doente “leva-nos naturalmente para a posição daquele que responde à necessidade, ou seja, à adaptação, à preocupação e à confiabilidade, à cura no sentido de cuidado. Isso não acarreta”, diz Winnicott, “nenhum sentido de superioridade” (1986f[1970]/1989, p. 90).

Se assumimos o lugar de quem cuida, precisamos estar disponíveis para deixar ser o outro *como é e como pode ser*, seja qual for a possibilidade de ser do outro que se apresente num dado momento da relação terapêutica. Para deixar ser o outro, precisamos estar preparados para reconhecer qual é a possibilidade de ser do momento e acompanhá-lo enquanto perdure essa possibilidade, por estreita que seja.

Referências

- Dias, E. O. (2011). *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW editorial.
- Ferenczi, S. (1985). *Journal Clinique – janvier-octobre*. Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 1932)
- Freud, S. (1989). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis III). In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 12, pp. 159-174). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1989). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 17, pp. 152-163). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1919)
- Heidegger, M. (2001). *Seminários de Zollikon*. Petrópolis: Vozes.
- Kafka, F. (1985). *Journal de Kafka*. Paris: Bernard Grasset.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971a. Título original: *Playing and Reality*)

⁶ Como o termo “convenience”, aqui, pode dar margem a mal-entendidos, esclareço que, no Webster’s Dictionary, uma das significações do termo é a seguinte: “anything that saves or simplifies work”.

- Winnicott, D. W. (1975). O brincar: uma exposição teórica. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1968; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1968i)
- Winnicott, D. W. (1975). A localização da experiência cultural. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1967b)
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965b. Título original: The Maturation Processes and the Facilitating Environment)
- Winnicott, D. W. (1983). Os doentes mentais na prática clínica. 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 1963c)
- Winnicott, D. W. (1983). Moral e educação. 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 1963d)
- Winnicott, D. W. (1988). O recém-nascido e sua mãe. In D. Winnicott (1988/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1964c)
- Winnicott, D. W. (1994). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. Winnicott (1989a/1994), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1968c[1967])
- Winnicott, D. W. (1994). O uso de um objeto e o relacionamento através de Identificações. In D. Winnicott (1989a/1994), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969[1968]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1969i [1968])
- Winnicott, D. W. (1987). Ausência de sentimento de culpa. In D. Winnicott (1987/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984[1966]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1984b[1966]) Winnicott, D. W. (1987). *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. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1987a. Título original: Babies and Their Mothers)
- Winnicott, D. W. (1989). A cura. In D. Winnicott (1989/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986[1970]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1986f[1970])
- 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. (1994). O medo do colapso. In D. Winnicott (1994/1989a). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1974; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1974)
- 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: Psychoanalytic Explorations)
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In D. Winnicott (2000/1958a). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955[1954]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1955d[1954])
- Winnicott, D. W. (2000). Formas clínicas da transferência. In D. Winnicott (2000/1958a). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1956a)
- Winnicott, D. W. (2000). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958a. Título original: Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis)