

Da sobrevivência do analista

Elsa Oliveira Dias

Psicanalista.

Doutora em Psicologia Clínica pela PUCSP

E-mail: elsa@that.com.br

Resumo: O artigo mostra como Winnicott, a partir de uma experiência assistencial de caráter institucional, soube observar o que era propriamente terapêutico para as crianças envolvidas, e formular os princípios em que essa ação terapêutica estava baseada, relacionando-os com a teoria que ele começara a desenvolver: a teoria do amadurecimento pessoal. Um desses princípios é o da sobrevivência, conceito-chave do cuidado materno e terapêutico. Na continuação, estão descritos alguns aspectos essenciais da capacidade de sobrevivência da mãe e do analista.

Palavras-chave: Winnicott, sobrevivência, amadurecimento, confiabilidade, falha do analista, interpretação, crescimento para menor.

Abstract: The article starts by showing that Winnicott, by considering the practice of institutional assistance, was able to find what was therapeutic for the children involved and to formulate principles upon which these therapeutic effects were based, putting them in the context of the theory he began to develop: the theory of personal development. One of these principles is survival, which is also the key concept for characterizing maternal and therapeutic care. After making that point, the article studies various essential aspects of the capacity of survival of both mothers and analysts.

Key-words: Winnicott, survival, development, reliability, analyst's failure, interpretation, growing smaller.

Uma das características do novo paradigma que Winnicott instaura no domínio da psicanálise é um retorno ao simples, uma atenção às coisas simples e naturais da vida, um aprendizado para poder ver aquilo que é fundamentalmente humano e está diante de nós, mas que ficou obscurecido, camada sobre camada, por especulações abstratas. Martin Heidegger, um dos grandes pensadores do século XX, diz: “O simples não nos impressiona mais em sua simplicidade, porque o modo de pensar científico habitual destruiu a capacidade de se surpreender com o óbvio, e justamente com isso” (Heidegger 1987, p. 133).

O tema da sobrevivência pertence a esse domínio. Como é próprio de Winnicott, a palavra sobrevivência é tirada da linguagem comum, na qual ela é usada, freqüentemente, para falar de coisas tais como: sobrevivência na selva, luta pela sobrevivência, quero viver e não apenas sobreviver etc. Mas não é nesses sentidos que Winnicott usa o termo e, para entendê-lo, é preciso partir de algumas das concepções em que se baseia a sua teoria do amadurecimento. Certamente, deve causar estranheza, ao leigo, a idéia de que um aspecto essencial da tarefa da mãe, do lar e do analista, ao cuidar de uma criança ou de um paciente, consista em sobreviver.

1. Uma questão de base

O que pretendo aqui examinar sobre o conceito de sobrevivência está orientado por uma outra questão, que me chega, em supervisões ou conversas informais, tanto de colegas analistas, quanto de professores, pediatras, enfermeiras, assistentes sociais ou fisioterapeutas, que, às vezes, compartilham comigo as suas inquietações acerca de um paciente ou de um aluno – seja ele uma criança, um adolescente ou adulto –, para entendê-lo melhor, ajudá-lo mais. A questão vem quase sempre a propósito de um período em que, a despeito do trabalho que está sendo desenvolvido, parece que nada está acontecendo; ela pode ser assim desdobra-

da: *será que estou ajudando o paciente? Será que não estou deixando escapar algo de essencial? Será que não estou empacada em algum lugar?* Correlato ao pedido de supervisão, é aquele pedido da mãe para que a avó ponha a mão na testa do bebê, certificando-se se ele está ou não com febre, e o que fazer com isso. É a esses profissionais que dedico este artigo.

Pois bem, qualquer que seja o problema que tenhamos à nossa frente, nosso modelo é a mãe suficientemente boa, a quem compete ajustar-se às necessidades crescentes e sempre variáveis de seu filho, ou de seu paciente, adaptando-se e respondendo à dependência, assim como à crescente independência destes, incluído, aqui, o fato de a importância da mãe ou do terapeuta tornar-se cada vez menor ou mudar drasticamente de qualidade, à medida que o amadurecimento avança. Ora, apesar de Winnicott ter sempre afirmado que as mães não devem dar ouvidos aos palpites das vizinhas, que seu saber não vem dos livros, nem de palestras, mas está baseado em sua capacidade de identificação com seus bebês, ele também diz que as mães precisam de sustentação para elas mesmas, uma vez que, muitas vezes, seu desamparo se equipara ao do bebê. Além disso, elas precisam ser reasseguradas naquilo que fazem bem.

O que vou dizer, a propósito do nosso ofício de cuidadores, não adiantará para nada, porque a necessidade ou a dúvida é sempre a do momento e a ajuda vale para o instante em que as coisas acontecem. De qualquer modo, tentarei traçar algumas linhas de fundo que podem voltar à memória em alguma ocasião oportuna.

Antes de mais nada, deve-se lembrar que, ao descrever os cuidados suficientemente bons da mãe dedicada comum, Winnicott afasta qualquer idealização da figura materna ou paterna e, conseqüentemente, do analista. Nem os pais são anjos altruístas, nem o mundo que rodeia o bebê é o paraíso. As crianças, ou pacientes, não tiram proveito algum da perfeição mecânica. O que o bebê necessita é de confiabilidade e de comunicação humana verdadeira, e não de técnicas de cuidar. Se fosse possível escolher os pais, confessa Winnicott, ele preferiria mil vezes ter uma mãe capaz de ter dúvidas sobre a sua conduta, e de pensar que algumas coisas

andam mal em virtude de algo que ela fez ou não fez, do que uma que estivesse sempre segura do que é bom para o bebê, e com a tendência “de explicar tudo por algo externo”, sem assumir responsabilidade por nada (1993d, p. 119). Esta seria a mãe defendida, assim como existe o analista defendido.

O traço central do ambiente facilitador é ele ser confiável. A confiabilidade é um atributo dos humanos, que erram, e não das máquinas. Confiabilidade não significa ser imune ao erro; ao contrário, exatamente porque falível, a pessoa humana pode ser confiável. O fato é que mães e analistas permanentemente falham em sua adaptação às necessidades do bebê ou do paciente. O problema não é esse; ele consiste bem mais no reconhecimento e na atitude do ambiente com relação à falha. Por outro lado, o que se exige é presença verdadeira, interesse genuíno e atenção plena. Um bebê, sobretudo durante a fase de dependência absoluta, não pode se beneficiar de nada menos do que de uma pessoa total, que está inteiramente ali, mesmo que só por alguns momentos, a cada dia. Isso é mais importante do que qualquer coisa que se diga ou que se deixe de dizer. Estou convencida de que os bebês vêm ao mundo munidos de um mecanismo de controle de qualidade da presença e da comunicação; eles captam, sem nenhuma consciência disso, qualquer vestígio de falsidade, desânimo ou desistência. E o mesmo ocorre com pacientes regredidos à dependência.

É bom que se diga, ainda, que não há nenhuma mística ou poder extranatural na capacidade de exercer os cuidados satisfatórios que levam uma outra pessoa à transformação e ao amadurecimento: o que existe é apenas uma disponibilidade verdadeira e humana, acrescida da capacidade de aprender com o bebê ou paciente, além de muito estudo sobre o amadurecimento pessoal.

2. A tarefa terapêutica

Numa palestra para a *David Wills Lecture*, uma Associação de Assistentes Sociais para crianças desajustadas, proferida em outubro de 1970, um pouco antes de morrer (em janeiro de 1971), Winnicott começa dizendo que há um tipo de crescimento que é “para baixo” (*growing downwards*), e que, se ele tiver ainda bastante tempo de vida, espera tornar-se pequeno o suficiente para passar sem esforço pelo estreito buraco da morte. Ocorre que o crescimento para baixo, ou “para menor” (*to grow smaller*), como ele também diz, começa já em vida e significa a capacidade crescente de depurar o que é essencial, embora trate-se, muitas vezes, de algo tremendamente simples, mas sem o qual todo o resto fica sem sentido. Winnicott diz à platéia:

Não é preciso ir muito longe para encontrar um terapeuta cheio de empáfia: sou eu mesmo. Na década de trinta, estava aprendendo a ser psicanalista e sentia que, com um pouco mais de treinamento, de habilidade e de sorte, poderia mover montanhas se fizesse a interpretação certa na hora certa. [...] Quando meu *insight* adquiriu profundidade, descobri, [num segundo passo para menor], que, tal como meus colegas, eu podia fazer mudanças significativas no material dos pacientes [...]; podia dar maior esperança, conseguindo, portanto, maior adesão para uma cooperação inconsciente. Na verdade, era tudo muito bonito, e eu fazia planos de passar o resto de minha vida profissional exercendo a psicoterapia. A certa altura, eu chegava a dizer que só poderia haver terapia na base de 50 minutos, cinco vezes por semana, durante tantos anos quantos fossem necessários, por um psicanalista bem treinado. (1984g, p. 225)

Ele continua dizendo que, embora tenha feito essas palavras parecerem uma bobagem, sua intenção era apenas a de mostrar que esse tipo de atitude é uma espécie de começo; mais cedo ou mais tarde, tem início o processo de crescer para menor, e isso é doloroso até nos habituarmos. “No meu caso, acho que comecei a crescer para menor, na época de meu primeiro contato com David Wills. David não se permitiria orgu-

lhar-se de seu trabalho, na antiga instituição de assistência social de Bicester. Contudo, era uma obra notável, e eu me orgulho por ele” (*ibid.*, p. 226).

Winnicott relata, então, como era excitante estar envolvido na vida desse alojamento, cuja função, durante a Segunda Guerra Mundial, era receber garotos problemáticos, que haviam sido evacuados de seus lares, quando estes existiam. Um som costumeiro ao lugar era o seguinte: um carro aproximava-se em alta velocidade e parava; alguém abria a porta da frente e esta voltava a fechar-se com estrondo; seguia-se um ruído do motor do carro, que arrancava como se estivesse fugindo do diabo em pessoa. Constatava-se, então, que outro garoto havia sido deixado na porta da frente, na maioria das vezes sem um telefonema prévio: “e um novo problema havia sido jogado no prato de David Wills” (*idem*). No começo, em suas visitas semanais ao alojamento, Winnicott via um menino ou dois e fazia, com cada um deles, uma entrevista pessoal. Algumas vezes, David e seus auxiliares ouviam-no contar a história da entrevista, na qual ele havia feito “estupendas interpretações baseadas em profundo *insight*” (*idem*), relacionando-as com o material que os meninos apresentavam de um só fôlego, ansiosos por obter ajuda pessoal. Contudo, ele podia sentir que suas “pequenas tentativas de semeadura caíam em solo de pedra” (*idem*). Bem depressa Winnicott percebeu que

a terapia estava sendo feita, na instituição, pelas paredes e pelo telhado; pela estufa de vidro que fornecia um alvo magnífico para pedras e tijolos, pelas banheiras absurdamente grandes, para as quais era necessária uma quantidade imensa de carvão, tão precioso em tempo de guerra, se se quisesse ter água quente suficiente para cobrir o umbigo de quem quisesse tomar banho. A terapia estava sendo realizada pelo cozinheiro, pela regularidade com que as refeições chegavam à mesa, pelas colchas quentes e coloridas das camas (...) (*idem*)

e, sobretudo, “pelos esforços de David para manter a ordem apesar da escassez de pessoal”, e para manter o alento “a despeito do *constante senso de*

inutilidade daquilo tudo, porque a palavra sucesso estava reservada para algum outro lugar, que não para a *Bicester Poor Law Institution*” (*idem*). É claro que os meninos fugiam, roubavam das casas da vizinhança e não paravam de quebrar vidros.

Tentando observar mais de perto o que se passava, Winnicott descobriu que

David estava fazendo coisas importantes, baseadas em certos princípios que ainda *estamos tentando formular e relacionar com a estrutura teórica*. Pode ser que estejamos falando sobre uma espécie de amor, e sobre isso falarei mais adiante. Temos de examinar as coisas que ocorrem naturalmente no contexto do alojamento, para *podermos fazer essas coisas deliberadamente*, adaptando o que fazemos de maneira econômica às necessidades especiais de cada criança, ou para podermos enfrentar as situações especiais à medida que surgem. (*ibid.*, p. 227)

Uma das coisas que David Wills promovia era uma sessão semanal em que todos os meninos se reuniam e tinham completa liberdade para falar. Naturalmente, o comportamento deles era altamente irregular e, muitas vezes, exasperante, conta Winnicott. Andavam de um lado para o outro, resmungavam o tempo todo, queixavam-se de tudo e, se solicitados a opinar sobre um delinqüente, seus vereditos eram quase sempre severos e mesmo cruéis. Como havia, contudo, uma atmosfera de tolerância, que David permitia e sustentava, coisas muito importantes eram expressas pelas crianças; podia-se discernir como cada indivíduo “tentava estabelecer uma identidade, sem que realmente o conseguisse, exceto, talvez, através da violência” (*ibid.*, p. 228). Percebia-se que cada um deles estava clamando, aos gritos, por ajuda pessoal, o que não era possível nesse tipo de trabalho. “O modo mais fácil de conseguir ajuda era a provocação e a violência, mas existia essa outra alternativa, diferente ao extremo, por meio da qual eles podiam ir guardando as coisas para dizê-las [e serem escutados], às cinco horas de todas as quintas-feiras” (*idem*).

Esse trabalho institucional foi de extrema importância na trajetória analítica de Winnicott, porque o fez entender que “existe algo em psicoterapia que não se descreve em termos de interpretação certa no momento certo” (*ibid.*, p. 227). Certamente é necessário ter na bagagem conhecimento suficiente acerca de toda a investigação do inconsciente empreendida por Freud, mas, mesmo nos casos que implicam o desenvolvimento pleno da neurose de transferência, é preciso que haja, no paciente, “algo que pode ser descrito como uma certa crença nas pessoas e na disponibilidade de cuidados e de ajuda” (*idem*).

Mesmo num caso adequado para a psicanálise clássica, o principal é o fornecimento das condições para que esse tipo de trabalho possa ser feito, e para que a cooperação inconsciente do paciente em apresentar o material possa ser obtida. Em outras palavras, é o desenvolvimento da confiança [...] que constitui o requisito prévio para a eficácia de uma interpretação clássica e correta. (*ibid.*, p. 229)

3. O valor da sobrevivência

O conceito de sobrevivência, como um traço essencial do cuidado materno e terapêutico, está baseado nas constatações simples e essenciais feitas por Winnicott em sua experiência clínica, institucional e particular. Sobreviver é uma atitude silenciosa e quase inaparente; perceber o seu valor permite reassegurar as mães para aquilo que fazem bem; permite reassegurar educadores, enfermeiras, pediatras, fisioterapeutas e analistas para que saibam do bem que fazem, quando o fazem. Aproveitamos hoje do esforço teórico e clínico a que Winnicott se propôs nos anos 40: o de formular *os princípios* em que as coisas simples e essenciais estão baseadas e, relacionando-as com a estrutura teórica, podermos fazer essas coisas com conhecimento de causa, adaptando-as às necessidades especiais de cada criança e de cada paciente, e enfrentando as situações especiais à medida que surgem.

Um desses princípios consiste na *capacidade de sobreviver*. Numa carta de 1966, a Donald Meltzer, Winnicott faz uma afirmação que serve de epígrafe para este trabalho, por ser uma espécie de definição para uma das faces da tarefa de sobrevivência, atribuída a pais e analistas. Ele diz: “É verdade que as pessoas passam a vida sustentando o poste em que estão apoiadas, mas, em certo ponto da fase inicial, tem de existir um poste que se mantenha por conta própria, do contrário, não há incorporação da confiança” (1987b, p. 86).

No que compete àquele que cuida, sobreviver significa manter-se por conta própria, dar continuidade ao que se inicia; é fazer perdurar, preservando incólumes a qualidade da relação e do ambiente; é, sobretudo, não sucumbir às turbulências próprias do estar vivo e do amadurecimento – inclusive as que incluem destruição – de quem está sendo cuidado, ou seja, é permanecer consistentemente a mesma pessoa, com a mesma atitude, *sem retaliação*; significa não desanimar, não desistir da tarefa, não se vitimizar, não se tornar sentimental; manter, a despeito de seus próprios estados de ânimo, os cuidados com o bebê, ou com o paciente, orientados pelas necessidades deles e não por suas próprias necessidades.

Sobrevivência não quer dizer permissividade, aceitação de tudo. O amor materno não é indulgente. A capacidade de sobreviver não está baseada em sentimentalismo, que é nefasto, porque se constitui na negação do ódio e da destrutividade contidos na natureza humana. A mãe tem inúmeras boas razões para odiar o seu bebê – e é importante que tenha consciência disso –, assim como, certamente, David Wills deve ter odiado aqueles moleques que punham abaixo todo o seu esforço de construção. Mas, uma das coisas mais notáveis na mãe comum, assinala Winnicott, é, precisamente, “a sua capacidade de se deixar ferir pelo bebê e de odiá-lo, sem se vingar na criança” (1949f, p. 2).

Por que a sobrevivência tem tanto valor? Porque está vinculada à precariedade da existência. Uma das coisas que o autor aprendeu, em sua experiência com bebês e com pacientes que necessitaram regressar à dependência, é que a necessidade fundamental do ser humano consiste

em chegar a existir e em continuar a existir. Não só é necessário chegar ao começo, de modo a dar-se o engate na vida, como o indivíduo tem de manter-se vivo pela vida afora: “*É um esforço constante chegar ao ponto inicial e aí se manter*” (1965j, p. 174). Não importa o grau de maturidade que tenham alcançado, os seres humanos *têm de ser, e continuar sendo*; isso significa preservar vivos a criatividade e o sentido da vida, até que a morte, como derradeira marca da saúde, cobre o seu tributo, finalizando, de modo natural, no melhor dos casos, o tempo que nos foi emprestado. A vida, diz Winnicott, é difícil em si mesma, a tarefa de amadurecer jamais se completa, todas as conquistas são precárias. Pode-se sempre perder o fio que nos liga ao que temos de mais verdadeiro e “o sentimento de que a vida é real e rica de significações pode desaparecer” (1971g, p. 101). Heidegger corrobora: “O ser humano é essencialmente necessitado de ajuda, por estar sempre em perigo de se perder, de não conseguir dar conta de si mesmo” (Heidegger 1987, p. 202).

Por terem conseguido sedimentar os fundamentos da existência, as pessoas sadias, e mesmo as neuróticas, esqueceram que esse existir foi uma conquista; por isso, podem ocupar-se das dificuldades relativas à vida e às ansiedades instintuais, que pertencem às relações interpessoais. Os psicóticos, contudo, não realizaram essa conquista; caso não encontrem alguma situação favorável que lhes permita resgatar os fios perdidos de sua identidade, sua vida está fadada a constituir-se numa busca de si-mesmos.

Por tudo isso, o que está contido nas palavras dependência, confiabilidade e sobrevivência é valioso e necessário. Diz respeito a necessidades vitais de todo ser humano, que muitas vezes enfraquece na luta para continuar existindo, preservando a sua natureza essencial. Isso vale para o bebê, para a mãe, para o paciente, e vale também para o analista.

4. A sobrevivência da mãe

Não me alongarei, aqui, na descrição das inúmeras faces que a sobrevivência materna toma ao longo do amadurecimento da criança. Mencionarei, apenas, alguns momentos das etapas iniciais, em que a sobrevivência da mãe é essencial para que o bebê faça, da tarefa em que está envolvido, uma conquista.

Já no início da amamentação, a mãe começa sobrevivendo ao impulso voraz primitivo; isto significa que ela não se assusta nem reage, com moralismo, porque não vê nesse impulso o que seria uma natureza cruel do bebê, mas, sim, um sinal da vitalidade deste. Mas ela também sobrevive, isto é, não se aflige nem se sente pessoalmente atingida e magoada, se ele recusa seu leite, ou mesmo se, mais tarde, suspeita de sua boa comida, porque sabe que comer só pode ser uma experiência real quando parte do não-comer, do mesmo modo que a comunicação nasce do silêncio e que existência só pode ter início a partir da não-existência.

Cabe também à mãe sobreviver – enfrentar sem medo e sem indulgência – à ira do bebê, que é provocada pelo desmame e pela desadaptação na fase de dependência relativa. Nas palavras de Edna Vilete, a mãe deve poder “reconhecer e suportar o ódio da criança, bem como aceitar tornar-se a mãe ruim, durante certo tempo. Aceitar significa sobreviver como a mãe forte, que é capaz de cuidar sem ter mais os recursos de onipotência com que era até então investida pela criança” (Vilete 2000, p. 158). Se, nesse momento, a mãe está deprimida, ela não tem como fazer frente à tarefa de desmamar o bebê; este sente a fragilidade da mãe e perde a oportunidade de explorar a sua agressividade nascente. Em breve, será o bebê que estará cuidando da mãe e, num certo sentido, sobrevivendo a ela. Logo no início de sua prática pediátrica, Winnicott descobriu que a preocupação de grande parte das mães, que vinham consultá-lo sobre a saúde de suas crianças, devia-se a elas estarem deprimidas. Certa vez, na clínica ambulatorial, um menino chegou para Winnicott e disse: “Doutor, minha mãe está se queixando de uma dor na minha barriga”.

Um pouco mais tarde, por volta dos 10 ou 11 meses, o bebê apresentará um impulso real de destruição. Nessa fase, ele está fisicamente mais forte e, sem estar faminto nem raivoso, começa a chutar a mãe ou a morder efetivamente o seio; ou esmera-se em desgastá-lo, a recusá-lo, ou, simplesmente, deixa de necessitar dele, observando a reação materna. Esse impulso destrutivo precisa ser experimentado, pois constitui uma tarefa crucial do amadurecimento: é esse impulso que leva o lactente a expulsar a mãe, como objeto subjetivo, para fora de seu controle onipotente, porque, agora, ele necessitará que ela subsista de forma independente. *Caso o objeto sobreviva*, o impulso se transforma na capacidade de destruir objetos na fantasia inconsciente.

A mãe pode perceber facilmente o que se passa com o bebê, nesse estágio em que ela está sendo destruída por ele, se *tiver conhecimento da situação* e souber proteger-se *sem se valer de retaliação e vingança*. Em outras palavras, ela tem uma função a cumprir sempre que o bebê morder, arranhar, puxar seus cabelos e chutar, e *esta função é sobreviver*. O bebê se encarregará do resto. Se *ela sobreviver*, o bebê encontrará um novo significado para a palavra amor, e uma nova coisa surgirá em sua vida: a fantasia. É como se o bebê pudesse agora dizer à mãe: “Eu a amo por *você ter sobrevivido* à minha tentativa de destruí-la. Em meus sonhos e em minha fantasia, eu a destruo sempre que penso em você, pois a amo”. É isto que torna a mãe objetiva, que a coloca num mundo que não é parte do bebê, e a torna útil. (1969b, p. 26)

Algum tempo depois, quando a elaboração da tarefa relativa ao estágio do concernimento atinge o ponto culminante, por volta dos dois anos e meio, o bebê começa a assumir a responsabilidade pela sua impulsividade instintual e necessita, para poder sustentar a culpa por algum tempo, da ajuda de uma mãe pessoal e viva, que sobreviva e permaneça *sustentando a situação durante o tempo necessário* para esse processo. Ao mesmo tempo em que a mãe-objeto continua sobrevivendo aos episódios

guiados pelo instinto, cabe à mãe-ambiente uma função especial: a de continuar sendo ela mesma, permanecendo presente para receber o gesto espontâneo dele e para ser agradada.

Ainda mais tarde, na fase em que a situação triangular se estabelece como uma realidade, os pais deverão sobreviver ao conflito de lealdades da criança, fornecendo um lar que pareça indestrutível. Se há suporte familiar confiável, se alguém sobrevive, mantendo a calma, a criança começa a acreditar que a passagem do tempo traz o alívio para praticamente tudo, por mais intolerável que pareça.

Na adolescência, por tratar-se de uma segunda chance da vida para a conquista ou arremate de conquistas primitivas, a tarefa de sobrevivência dos pais torna-se especialmente importante: os adolescentes não apenas têm de lidar com a impulsividade instintual – aguçada pelas modificações fisiológicas que aparecem na puberdade, e, portanto, com uma nova e desconhecida corporeidade –, como vêm-se assolados por angústias primitivas relativas à identidade pessoal. Não há remédio, os pais terão de sobreviver ao isolamento, à busca implacável do que é real, à moralidade ferrenha contra tudo o que é falso; terão, ainda, no melhor dos casos, de sobreviver à luta que os adolescentes empreendem contra a segurança. Por que *contra* a segurança? Porque, quando a segurança inicial foi garantida pelo ambiente, e houve incorporação da crença na existência de algo não apenas bom, mas também durável e no qual se pode confiar, as crianças começam a apreciar a liberdade. Segue-se daí uma longa batalha contra a segurança, ou seja, a favor da livre expressão e da ação impulsiva. Os pais que estão interessados na evolução de seus filhos como pessoas vêm esse desafio com bons olhos. Embora continuem a manter, com firmeza, a estrutura familiar e a disciplina, permanecendo, por vezes, no desconfortável papel de guardiões da segurança e da paz, eles sabem, entre si, que devem esperar por indisciplina, rebeldia e até revolução. “Tendo encontrado as fechaduras e ferrolhos solidamente trancados, [os jovens] tratam de destrancá-los e de escancará-los; eles libertam-se impetuosamente. E, vez após vez, eles se libertam. Ou, então, enroscam-se na cama, tocam discos de *blue jazz* e sentem-se inúteis” (1965vg, p. 106).

Para que possam sobreviver a tudo isso, os pais deverão lembrar-se de que a rebelião pertence à liberdade, caso tenham criado os filhos de tal modo que estes só aceitem existir a partir de si próprios. Há pais que poderiam dizer: semeamos um bebê e colhemos uma bomba. Pois é, dirá Winnicott: “Os pais não podem fazer muita coisa; o melhor que têm a fazer é sobreviver, sobreviver intactos, sem mudar de cor, sem negar qualquer princípio importante” (1969a, p. 124).

5. A sobrevivência do analista

A relação terapêutica é uma forma especializada de cuidar de uma outra pessoa que tem a mesma natureza que eu. Seja qual for o problema que aflige o paciente, estamos ambos no mesmo barco, lançados, sem fundamento, na incumbência de ser e de continuar sendo. Winnicott diz que, quando estamos diante de um homem, uma mulher ou uma criança, as hierarquias caem e 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 e complexos matizes humanos” (1986f, p. 89). Desse ponto, há apenas um passo para a pergunta: qual das duas pessoas está doente? “Às vezes”, diz Winnicott, “é uma questão de convenção” (*ibid.*, p. 90).

Se, a despeito de nossa própria e humana precariedade, assumimos o lugar de quem cuida, somos chamados a sobreviver e dar prosseguimento à tarefa que assumimos. A partir daí, precisamos estar disponíveis para o cuidado e sermos confiáveis num nível que dificilmente pode ser mantido em nossa vida privada. Se nos pomos como cuidadores, precisamos *deixar o outro ser como é e como pode ser*, seja o que for que isso represente, e acompanhá-lo enquanto perdure essa possibilidade, por estreita que seja, sobrevivendo aos estados que lhe são inerentes. Sabemos que, muitas vezes, para recuperar a saúde, o indivíduo necessita adoecer, por precisar de

um descanso da tarefa de viver ou, talvez, porque estar doente é, num dado momento, mais real do que uma saúde empostada e falsamente mantida. A doença, nesses casos, é a única condição satisfatória, por ser a única verdadeira.

Por tudo isso, a mais básica das faces da sobrevivência, tanto da mãe como do analista, em função da tarefa que lhe compete, é a de, ele mesmo, “*manter-se vivo e respirando*”. No que se refere à mãe, Winnicott diz: “Ela existe, continua a existir, vive, cheira, respira, seu coração bate. Ela está lá para ser sentida de todas as maneiras possíveis” (1948b, p. 237). Em outro texto, ele aconselha as mães: “Se vocês estão com sono, e, principalmente, se estiverem deprimidas, colocam o bebê no berço, pois sabem que o estado de sonolência em que se encontram não é suficientemente vital para manter ativa a idéia que o bebê tem de um espaço circundante” (1957m, p. 17). Neste ponto, a vantagem é do analista sobre a mãe: a sessão analítica é limitada, e isso deve possibilitar ao terapeuta manter-se “vivo e respirando”, a despeito de seu estado pessoal de ânimo. O mais importante, assinala o autor,

é o fato de o analista não estar deprimido, de modo a permitir que o paciente encontre a si mesmo, por não necessitar que ele seja bom ou esteja arrumado ou seja obediente, e por não precisar nem mesmo ensinar ao paciente seja lá o que for. O paciente pode avançar em seu próprio ritmo [...] sendo-lhe dado tempo e algo como um lugar seguro. (1958p, p. 159)

“Manter-se vivo e respirando” significa também sobreviver ao desânimo, seja o nosso próprio, pessoal, seja aquele relativo à tarefa que temos pela frente. Talvez tenha sido isso o essencial da terapêutica de David Wills. Ele sobreviveu, a despeito do *permanente sentido de inutilidade* do empreendimento, e manteve o alojamento funcionando, com regularidade, fornecendo, ainda, a oportunidade previsível de comunicação.

Provavelmente, um dos maiores desafios para a capacidade de sobreviver do analista seja a situação do paciente que precisa regredir à

dependência. Aqui, *deixar ser* pode significar *deixar não-ser*, ou seja, dar sustentação e sobreviver a longos períodos de tempo em que o indivíduo, exatamente em função da confiabilidade que oferecemos, permite-se abandonar a incumbência de existir, – entregando-se a estados de amorfia, de desorganização – e permite-se chegar ao nada que está no centro. Aqui, a sobrevivência do analista é decisiva: não se pode jamais esquecer o quanto é arriscado, para o paciente, abandonar a desesperança, que o protegia da decepção, e expor-se à dependência, e a um novo início de esperança. O risco “não é somente que o analista possa morrer, como também que ele se torne *subitamente incapaz de acreditar na realidade e intensidade da ansiedade primitiva do paciente*, do medo da desintegração ou de aniquilamento ou da queda contínua para sempre” (1965vd, p. 216; itálicos meus).

O paciente que regride à dependência acha-se compelido a chegar à “loucura original”, à agonia impensável, que nele habita sem ter sido experimentada. Ele precisa reviver o colapso, visto que este não chegou a ser experimentado no momento original, pelo fato de que o paciente era um bebê e ainda não estava lá, como um eu, para experimentá-lo. O colapso não pode pertencer ao passado, não pode ser deixado para trás, a não ser que seja experimentado, pela primeira vez, no presente. O paciente encontra-se, assim, num delicado equilíbrio entre a necessidade de enlouquecer e o medo da loucura. Se, devido à confiabilidade do *setting*, o paciente consegue regredir à dependência, pode ocorrer, durante a sessão, de ele enlouquecer cada vez mais, chegando a desenvolver o que Winnicott chama de “transferência delirante”:¹ através dela, ele acusa o analista, ou alguém que o represente lá fora, de persegui-lo, de desejar que ele permaneça dependente, de sobrecarregá-lo, de vigiá-lo etc. O que o paciente necessita, nesse preciso instante, é de um analista que entenda o que está se passando, de modo a poder sobreviver à tremenda tensão desses momentos, acolhendo a necessidade do paciente e permitindo que a experiência deste seja explorada até o fim. E o que está se passando é o seguin-

¹ Para maiores esclarecimentos sobre esse conceito, cf. Winnicott 1989vk, p. 98; 1989d, pp. 105 a 107, e 1989f, p. 442.

te: para poder atualizar e experimentar a falha originária, o paciente *usa as falhas do analista* de modo a poder vivê-la, agora, com a ajuda e reconhecimento do analista, como uma *falha do ambiente*. Se essas condições lhe forem fornecidas, ele poderá, pela primeira vez, sentir raiva e zangar-se com o analista (ambiente), ao invés de ser aniquilado.

Num casos desses, se a situação for abordada com uma atitude ativada por uma urgência psiquiátrica de tirar o paciente do delírio – de curá-lo, por assim dizer –, a finalidade do colapso perde-se por completo já que, ao enlouquecer, o paciente está perseguindo uma finalidade positiva e “seu colapso não é tanto uma doença, senão um primeiro passo em direção à saúde” (1965vd, p. 99).

Exige considerável experiência e coragem saber onde se está e perceber o valor que tem, para o paciente, chegar cada vez mais perto da loucura. Se o analista, por medo, ignorância ou pelo inconveniente de ter em suas mãos uma pessoa tão enferma não for capaz de entender o que está se passando, ele desperdiçará o que está acontecendo e não poderá curar o paciente. (1989vk, p. 101)

Para que todo o processo de revivência do trauma possa ocorrer, é necessário que o analista esteja *desprotegido*. Isto quer dizer que ele não deve tentar justificar a falha, evitando a raiva que deverá necessariamente recair sobre ele. Se o analista se defende, o paciente perde a chance de zangar-se com a falha originária, justamente no momento em que a raiva tornou-se possível pela primeira vez. Sobreviver, aqui, significa que ele banca as conseqüências de estar no lugar de quem fere, pois o analista fere, justamente, porque, dada a confiabilidade oferecida, fez renascer a esperança. É somente pela utilização de seus próprios erros que o analista poderá fazer a parte mais importante do trabalho, aquela que libertará o paciente da dependência:

Aprendemos que é previsível que aumente a sensibilidade do paciente e começamos a nos perguntar se o que nos motiva é a bon-

dade ou a crueldade. Comprovamos que nossas inevitáveis falhas, específicas e limitadas, freqüentemente provocadas pelo paciente, dão a ele a oportunidade de sentir raiva de nós e de expressá-la. (1968c, p. 155)

Se a tendência inata ao amadurecimento for libertada dos nós que a obstaculizavam, o paciente voltará a amadurecer e logo começará a apresentar as turbulências que são pertinentes ao estar vivo. Temos de saber reconhecer quando suas possibilidades se alteram, e temos de deixar ser o paciente, com todas as suas novas necessidades e exigências, às quais também o analista terá de sobreviver e corresponder. Será, igualmente, preciso deixar aberto o caminho de retorno a uma regressão que ainda se faça necessária.

6. O que permite ao analista sobreviver?

Uma das condições que possibilitam à mãe e ao analista realizarem a sua tarefa de sobrevivência é a *crença no processo de amadurecimento*. Essa crença está, certamente, incluída no crescimento para menor. “Para que algum trabalho possa ser feito, é preciso que haja no analista uma crença na natureza humana e nos processos de desenvolvimento, e isto é rapidamente percebido pelo paciente” (1955d, p. 390). Ao crescer para menor, o analista começa a ter claro que, tal como disse Winnicott, existe algo em psicoterapia que não pode ser descrito em termos de interpretação certa no momento certo. Ele estará atento para reconhecer os casos em que será necessário deixar de lado o sofisticado saber que presidiu a sua formação, abdicando da esperteza, do brilhantismo ou da rapidez com que ele é capaz de apreender, e devolver, para o paciente, os sofisticados nexos do inconsciente reprimido; limitar-se-á a acompanhá-lo, real e pessoalmente, ciente de que não há nada a fazer, a não ser facilitar um processo de amadurecimento que pertence ao paciente.

O que fazemos numa terapia bem-sucedida, diz o autor, é desatar os nós que paralisavam o processo, de modo que a poderosa tendência inata ao amadurecimento siga o seu curso. O ambiente “não faz o bebê crescer nem determina o sentido do crescimento” (1963c, p. 201). Frequentemente se pensa que fazemos os nossos filhos e lhes ensinamos tudo, mas exatamente o oposto é verdadeiro, pois “não podemos nem mesmo ensiná-los a andar, embora a sua tendência inata para andar em certa idade precise de nós como figuras de apoio” (1987b, p. 162). É de muita ajuda para os pais, e para nós, analistas, sabermos que não há nada a fazer para que o bebê se converta em criança, para que a criança cresça, para que a criança em crescimento seja boa ou asseada, que cresça generosa e que a generosa criança saiba sempre fazer as coisas certas nos momentos certos: “Ninguém tem de fazer uma criança ser faminta, irada, feliz, triste, afetuosa, boa ou travessa: as coisas acontecem, e isso é tudo” (1993b, p. 125). No entanto, há muitas coisas que podem ser feitas indiretamente; e uma delas é que “a mãe, muitas vezes, impede a esquizofrenia por meio de um bom manejo comum” (1987b, p. 40).

Qualquer trabalho em que estejamos envolvidos como cuidadores pode ser descrito como

uma espécie de amor, mas, com freqüência, tem de parecer mais um ato de ódio, e a palavra-chave não é tratamento ou cura, *mas sobrevivência*. Se vocês sobreviverem, a criança terá oportunidade de crescer e vir a ser algo parecido com a pessoa que deveria ter sido, se um infausto colapso ambiental não tivesse acarretado o desastre. (1984g, p. 232; *itálicos meus*)

Referências bibliográficas

- Heidegger, Martin 1987: *Zollikonner Seminare*. GA 9. Frankfurt/M, Klostermann.
- Vilete, Edna P. 2000: “Sobre *O homem morto que caminha*”. *Natureza humana*, v. 2, n. 1, pp. 149-64.

- Winnicott, Donald W. 1948b: “Pediatria e psiquiatria”. In: Winnicott 1958a (W6).
- ____ 1949f [1947]: “O ódio na contratransferência”. In: Winnicott 1958a (W6).
- ____ 1955d [1954]: “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico”. In: Winnicott 1958a (W6).
- ____ 1957m [1950]: “Saber e aprender”. In: Winnicott 1987a (W16).
- ____ 1958a (W6): *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Londres, Tavistock. Tradução brasileira: Textos selecionados – da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Imago, 2000.
- ____ 1958p [1948]: “A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão”. In: Winnicott 1958a (W6).
- ____ 1963c: “Os doentes mentais na prática clínica”. In: Winnicott 1965b (W9).
- ____ 1965b (W9): *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Londres, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Tradução brasileira: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
- ____ 1965j [1963]: “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos”. In: Winnicott 1965b (W9).
- ____ 1965vd [1963]: “Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil”. In: Winnicott 1965b (W9).
- ____ 1965vg [1960]: “Segurança”. In: Winnicott 1993a (W20).
- ____ 1968c [1967]: “O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva”. In: Winnicott 1989a (W19).
- ____ 1969a [1968]: “Morte e assassinato no processo do adolescente”. In: Winnicott 1986b (W14).
- ____ 1969b [1968]: “A amamentação como forma de comunicação”. In: Winnicott 1987a (W16).
- ____ 1971a (W10). *Playing and Reality*. Londres, Penguin. Tradução brasileira: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- ____ 1971g: “A criatividade e suas origens”. In: Winnicott 1971a (W10).

- _____ 1984a (W13): *Deprivation and Delinquency*. Londres, Tavistock. Tradução brasileira: Privação e delinqüência. São Paulo, Martins Fontes, 1987.
- _____ 1984g [1970]: “Assistência residencial como terapia”. In: Winnicott 1984a (W13).
- _____ 1986b (W14): *Home is Where We Start From*. Londres, Penguin. Tradução brasileira: Tudo começa em casa. São Paulo, Martins Fontes, 1989.
- _____ 1986f [1970]: “A cura”. In: Winnicott 1986b (W14).
- _____ 1987a (W16): *Babies and Their Mothers*. Londres, Free Association Books. Tradução brasileira: Os bebês e suas mães. São Paulo, Martins Fontes, 1988.
- _____ 1987b (W17): *Selected Letters of D. W. Winnicott*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press. Tradução brasileira: O gesto espontâneo. São Paulo, Martins Fontes, 1990.
- _____ 1988 (W18): *Human Nature*. Londres, Winnicott Trust. Tradução brasileira: Natureza humana. Rio de Janeiro, Imago, 1990.
- _____ 1989a (W19): *Psychoanalytic Explorations*. Londres, Karnac. Tradução brasileira: Explorações psicanalíticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- _____ 1989d [1965]: “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família”. In: Winnicott 1989a (W19).
- _____ 1989f [1967]: “D. W. W. sobre D. W. W.”. In: Winnicott 1989a (W19).
- _____ 1989vk [1965]: “A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise”. In: Winnicott 1989a (W19).
- _____ 1993a (W20): *Talking to Parents*. Londres, Winnicott Trust. Tradução brasileira: Conversando com os pais. São Paulo, Martins Fontes, 1993.
- _____ 1993b [1969]: “A construção da confiança”. In: Winnicott 1993a (W20).
- _____ 1993d [1961]: “Sentimento de culpa”. In: Winnicott 1993a (W20).

Elsa Oliveira Dias

____ 1996a (W21) *Thinking about Children*. Londres, Karnac. Tradução brasileira: Pensando sobre crianças. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

Recebido em 30 de junho de 2002.
Aprovado em 03 de novembro de 2002.