



O caminho inicial de uma jovem terapeuta diante dos desafios do manejo da transferência: vivências contratransferenciais à luz da clínica winnicottiana

The initial path of a young therapist facing the challenges of management transfer: experiences countertransference in the light of Winnicott's clinical

 Renata Lisbôa Machado*

Resumo: Este trabalho propõe pensar o início da jornada de uma jovem terapeuta e seu desejo de acertar no manejo da transferência com o paciente a partir de vivências da contratransferência. Baseando-se em interrogações que vão surgindo a cada sessão, e pautadas pela teoria e clínica winnicottianas, propusemo-nos a refletir sobre os caminhos percorridos nessa trajetória de formação em psicoterapia de orientação psicanalítica. Visto que o início da jornada de uma jovem terapeuta é permeado por muitos desafios, destacamos que o primeiro deles é o do lançar-se, de passar pela experiência da escuta: o não saber, o contato com o desconhecido e as tentativas de descobrir e de construir o seu jeito peculiar de ser terapeuta. Portanto, nesta produção é possível extrair um registro escrito sobre o que consiste acompanhar um paciente em psicoterapia e também testemunhar a experiência de ser acompanhada em supervisão.

Palavras-chaves: jovem terapeuta, manejo, transferência, vivências contratransferenciais, teoria e clínica winnicottianas, supervisão e formação inicial.

Abstract: This paper aims to reflect about the initial journey of a young psychologist professional as therapist and her wishes of well management of the transference mechanism in the patient relationship, considering and starting from his own life's counter-transferential experiences. Based on questions emerged during the sessions and considering Winnicott's theory and clinical view, we intend to reflect about the various steps in the pursuit of the degree of psychotherapist with psychoanalytical orientation. Since one young psychologist starts studying to become a psychotherapist with psychoanalytical orientation, several situations challenge his day-by-day routine and maybe the first one is the moment to begin to listen with its implications as the unknown knowledge and the first interactions with patients, in which, she tries to discover her own way of being a therapist. So, this is a brief written report of the early days of a young psychologist in continued education showing a patient case in psychotherapy conducted by the forthcoming therapist as the same time as it shows us the experience of being supervised in the process of apprenticeship.

* Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de terapias integradas de Porto Alegre.

Keywords: young therapist, management, transference, counter-transferential experiences, Winnicott's theory and clinical view, supervision, initial formation in psychoanalytic psychotherapy.

1. Sobre os caminhos iniciais

O início da jornada de uma jovem terapeuta é permeado por muitos desafios. O primeiro deles é o do início daquilo que caracteriza todo o começar: o não saber, o contato com o desconhecido e as tentativas de descobrir e de construir o seu jeito peculiar de ser terapeuta, de ir mergulhando aos poucos e continuamente em direção à estrada infinita na qual se configura a formação de um psicoterapeuta.

Como propõe Winnicott:

Acho que todos rumamos na mesma direção. Para afirmá-lo de outro modo: todos queremos tornar possível que cada indivíduo encontre e estabeleça sua identidade de maneira tão sólida que, com o tempo, e a seu próprio modo, ele ou ela adquira a capacidade de tornar-se membro da sociedade – um membro ativo e criativo, sem perder sua espontaneidade pessoal nem desfazer-se daquele sentido de liberdade que, na boa saúde, vem de dentro do próprio indivíduo. (Winnicott, 1965t[1950]/2005, p. 40)

Da mesma forma, o percurso dos jovens terapeutas neste interminável processo do tornar-se requer um ambiente suficientemente bom que propicie o desenvolvimento da formação de um terapeuta, e que este se torne facilitador desse novo processo. Esse ambiente são os analistas, os supervisores, os professores e os autores que, por meio de seus olhares, vão introduzindo os jovens terapeutas nesse universo da psicoterapia e do fazer clínico.

A razão de apresentarmos essa constatação inicial neste trabalho justifica-se por dois motivos. O primeiro deles é porque se trata de narrar uma experiência vivida na clínica, propiciada pelo ambiente de formação em psicoterapia psicanalítica, por meio da função do escrever como testemunho. Tal escrita consiste tanto em sistematizar uma experiência quanto em narrá-la, como se diz, desde “dentro”.

O segundo é porque, por meio desse registro, há um legado que se transmite: a dificuldade de lidar com determinadas situações diante do que o paciente traz acaba sendo uma vivência pela qual todos passamos e, certamente, continuaremos passando, mas que se faz presente, sobretudo, no início do trabalho. Esse desconhecimento diante de vivências que são sentidas no cotidiano da clínica, e em face das dificuldades de manejo de alguns pacientes, muitas vezes causam uma sensação de insegurança, sensação que se apresenta mais intensa, portanto, justamente no início.

E, em se tratando do legado, podemos perguntar: do que trata ele? Entendemos que é da vivência do medo, da dúvida, de algo que se faz confuso. Alguma coisa que é vivenciada nesse começar, mas que, por ser no gerúndio – “começando” –, inevitavelmente será um processo que se

estenderá ao longo da vida de um psicoterapeuta. Algo com o qual convivemos o tempo todo neste trabalho.

Dessa forma, por muitas vezes ao sentir dúvida, ao vivenciar os desafios em lidar com cada situação apresentada diante da singularidade que configura o encontro com o paciente, com as situações inusitadas que surgem – e que sempre surgirão no dia a dia da clínica â□□, percebemos o quanto tal situação suscita, inúmeras vezes, o desejo de “consultar” a fala/voz que materializa o rosto/experiência do supervisor. São essas falas e vozes que se escutam e que nos motivam a construir um trabalho como este; é a partir desse começar que se pensa em algo e se vislumbra discorrer sobre essa experiência.

Em se tratando da motivação para a feitura deste trabalho, esta se justifica com base numa frase dita em supervisão, num dos encontros do segundo ano de formação. Ao trazer as situações de angústia em relação à vivência da transferência com os pacientes e o que estes despertam contratransferencialmente, foi possível pensar que essas angústias podem ser transformadas quando se ouve algo a partir da voz do supervisor, tal como: “Isso vai acontecer por muito tempo ainda (a sensação da dúvida e do não saber lidar com certas situações trazidas pelos pacientes). é algo que vai te acompanhar por muito tempo. Por toda a vida, eu diria! *Mas só o teu desejo de saber manejar* já é importante”.

Poder escutar essas palavras – que geraram uma sensação confortadora na supervisionanda – , permite compreender o paradoxo do não saber e das tentativas de compreensão da transferência que cada sessão, que é única, é capaz de fundar como campo de experiência e como condição de compartilhamento do par terapêutico.

A partir desses fios invisíveis, num primeiro momento, que vão sendo tecidos a quatro mãos, na continuidade dos encontros e por meio da função protetora do *setting*, percebe-se a necessidade de mais duas mãos que são o olhar e a presença do supervisor atendendo às necessidades e às dúvidas dos terapeutas em formação, como é o caso, e auxiliando o supervisionando a manejar de forma mais apropriada cada atendimento realizado.

Dando sequência à argumentação, é interessante contar que, em um recente colóquio sobre Winnicott¹, algo inesperado se apresentou. Elsa Dias (2009), uma experiente analista winnicottiana, relata uma situação de supervisão de um caso bastante difícil em que estava supervisionando uma jovem terapeuta. Narrou o medo, as dificuldades e o não saber vividos por esta, que não estava se

¹ II Colóquio Winnicott de Porto Alegre. *A ética do Cuidado*, realizado pela UFRGS-GIDEP/Centro Winnicott São Paulo/PUC-Campinas/ Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana/Unicamp/CEP/Ceapia, em 3 de outubro de 2009, no auditório 1 da Escola Técnica da UFRGS.

vendo bem na condução do caso, pelas dúvidas que tinha e pelo que o próprio caso estava lhe exigindo. A supervisora, então, dá-lhe a seguinte referência, recomendando-lhe que a leia – como uma espécie de mantra – toda a noite, antes de dormir, com o objetivo de que isso possa trazer-lhe algum efeito tranquilizador:

O que você se encontra provendo, em seu trabalho, pode ser descrito da seguinte maneira: Você se dedica ao caso. Você aprende a saber como é se sentir como o seu cliente. Você se torna digno de confiança para o campo limitado de sua responsabilidade profissional. Você se comporta profissionalmente. Você se preocupa com o problema de seu cliente. 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 enamoramento, sem recuar e sem representar 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, mesquinhez, etc. e reconhece todas essas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento. (Na vida particular as mesmas coisas o fariam manter distância). Você não fica assustado nem sobrecarregado com sentimentos de culpa quando seu cliente 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 seu cliente. Em todas essas emergências você reconhece o pedido de socorro de seu cliente, 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 cliente 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. (Winnicott, 1963c/1983, pp. 205-206)

É com os passos deixados por Winnicott (1963c/1983) e com o que já foi referido até então que apresentamos a tessitura deste trabalho, enlaçando os aspectos da clínica com o pensar dos teóricos da psicanálise e das áreas afins. Pretendemos, ao trazer situações de um atendimento, ir abordando as interrogações, as vivências e o desejo de acertar na condução de um caso, tão presentes e tão genuínos neste jogo, neste brincar *à la* substantivo – entre transferência e contratransferência.

2. Desafios diante do manejo da transferência

Tomando como ponto de partida o início da supervisão do segundo ano da formação, elegemos para trazer ao texto o caso de Marcos². O contato com determinados pacientes, que se comunicam por meio de marcas muito primitivas, possibilita que o terapeuta busque um constante repensar sobre o manejo nessas situações. Acrescentaríamos, além disso, o fato de esses pacientes mobilizarem o terapeuta justamente por esse tipo de comunicação primitiva, suscitando muitas sensações em nível

² Nome fictício.

contratransferencial. Sensações, impressões e percepções muito ligadas a estados de dúvida, confusão, e não saber. Pacientes que veem, se pudéssemos ilustrar, com a luz apagada. Ao entrar no setting, despertam uma experiência de estar na escuridão.

Marcos é um jovem de 27 anos que procura tratamento com o objetivo de “dar um jeito de organizar a sua vida”. É filho de um casal separado e tem um irmão. Marcos tem um filho pequeno que mora com a mãe, sua ex-mulher. O casamento não deu certo porque a esposa estava “passando dos limites”. Profissionalmente, trabalha na área de vendas e se define como uma pessoa “que nunca para muito tempo num mesmo lugar”.

As primeiras impressões que o paciente nos causa soam intrigantes. A sensação contratransferencial se define por desconforto, agitação e angústia. O que chama a atenção no caso é que todos esses sentimentos são despertados nas entrevistas iniciais. Comunicações que não passam pela palavra.

Conforme relata Bollas:

Pensei muito sobre o que tudo isso poderia significar na linguagem transferencial-contratransferencial, e alimentei a ideia de que ela poderia estar transferindo para a situação analítica a natureza do idioma usado pela mãe em seus cuidados maternos, e de que eu â□□ o infante-objeto desse sistema de cuidados â□□ era uma testemunha existencial de uma mãe muito estranha e ausente. Concluí que o material que expressava a vida mental da paciente estava agora em mim, na medida em que a minha contratransferência começava a dominar a situação clínica. (Bollas, 1992, p. 259).

Então, a partir da leitura deste texto, foi possível descobrir a indissociabilidade da linguagem transferencial-contratransferencial e a forma como isso é comunicado pelo paciente. Concordamos com Bollas (1992), quando afirma que ficamos ansiosos demais para traduzir nossa experiência em estruturas analíticas de referência. Segundo ele, devemos reconhecer com mais franqueza que na vivência contratransferencial, o analista, e também os terapeutas â□□ sobretudo os jovens terapeutas –, podem permanecer por bastante tempo em uma região incognoscível.

Assim, lança-se um desafio para os iniciantes na psicoterapia: suportar a incerteza do que virá. Sustentar e acompanhar o paciente no estranho trazido pelo desconhecido e no inusitado do que surgirá a partir de cada encontro. Parece ser nesse momento que a importância da supervisão se dá, considerando o fato de que é preciso que alguém nos introduza numa outra estrutura analítica: a dos afetos, do não sabido, que marca a existência do inconsciente.

Para Bollas (1992):

Os pacientes criam os meios. Cada meio é idiomático e, portanto, único e, nele, o analista é solicitado a preencher representações objetivas que diferem e mudam. Mas essas observações de nossa parte são os raros momentos de lucidez na contratransferência. Por um período muito longo, e talvez interminável, somos levados a compartilhar do idioma ambiental do paciente e durante muito tempo não sabemos quem somos, que função fomos destinados a cumprir ou qual nosso destino como seu objeto. Ficamos também sem saber se o que poderíamos chamar de nossa existência deve-se àquilo que é projetado em nós ou se estamos tendo nossas próprias respostas idiomáticas para a vida, dentro do meio do paciente. Essa incerteza inevitável, sempre-presente e necessária sobre o porquê nos sentimos dessa forma dá às nossas considerações particulares e ininterruptas sobre a contratransferência uma certa humildade e responsabilidade. (Bollas, 1992, p. 247)

Levando em conta as primeiras entrevistas, Marcos parece encenar na transferência o *como se* da demanda de um bebê faminto. Evoca-nos a ideia de que pode estar mostrando uma necessidade enorme de ser entendido. Que tem uma fome de afeto. Uma fome gigantesca que lembra avidez, a avidez por ser atendido; necessidade de ter a sua existência reconhecida. Porém, ele, junto disso, também denuncia que algo importante ficou faltando e que parece ter esperado um tempo maior do que poderia para ser atendido. É como se esse tempo de espera pela mãe tivesse ultrapassado aquilo que ele poderia suportar.

Nesse sentido, nos atendimentos, ao não tolerar quase nada os segundos ou minutos de silêncio da psicoterapeuta, no início de seu tratamento, percebe-se algo da ordem do insuportável, que angustia e que perturba, que desassossega.

Ele, aos poucos, vai-se apresentando e conta que tem um irmão mais velho, que não mora com ele. Diz que mora com a mãe e demonstra ter uma relação distanciada afetivamente com ela. Sobre o seu pai, comenta que não tem uma boa relação com ele. Ao que se percebe, o pai é distante e parece ter sido assim, ausente, desde o começo da vida de Marcos.

Contando sobre sua rotina e como leva sua vida, relata que uma vez por semana bebe com os amigos, em geral no final de semana. “Só que não adianta eu beber uma ou duas cervejinhas, porque isso não tem graça”. Está começando a aparecer em seu relato um comer excessivo, que ele associa à bebida. Não sabe o que busca ao beber. Só consegue se dar conta de que “fica arrebetado” por dias. “Eu tô me arrebetando”.

Vilete (2002) destaca que Winnicott introduziu uma nova variedade clínica de transferência, que tem a identificação primária como mecanismo fundamental. Diz que será esperado do analista, em sua adaptação suficientemente boa, que possa se transformar no objeto subjetivo de seu paciente.

Dias (2003) também argumenta, na mesma linha de reflexão, dizendo que a mãe suficientemente boa é o paradigma do analista na clínica winnicottiana. Segundo ela, guardadas as diferenças, o que vale para a primeira aplica-se ao segundo.

A cada novo encontro com Marcos, somos acompanhadas por uma indagação: o que ele irá trazer e como iremos receber seus conteúdos, traduzir/nomear suas vivências e como faremos para, delicadamente, ir entendendo suas necessidades como algo que possa ser espontâneo.

Numa das sessões mais recentes, ele disse, sorrindo: “Sobre o que nós vamos conversar hoje?! Sim, porque eu não tenho nada pra conversar. O que tu tem pra conversar comigo?!” (sic).

Extraímos dessa narrativa a impressão de que a cada entrevista Marcos “escolhe” uma espécie de porta para “entrar”, escolha esta que parece ser usada para que a psicoterapeuta vá à sua frente, porque ele, possivelmente, ainda esteja no escuro. Precisa encontrar uma voz, uma interlocução, precisa fazer uso da psicoterapeuta até chegar a existir.

Para Dias (2003), referindo-se ao estudo da obra e do pensamento winnicottianos, desde o absoluto início, a necessidade fundamental do ser humano consiste em ser e em continuar a ser. Segundo a autora: “O que está, portanto, em pauta no *amadurecimento* pessoal, não são funções isoladas, mentais ou sexuais, mas o próprio viver humano, naquilo que este tem de estritamente pessoal: o sentimento de ser, de ser real, de existir num mundo real como um si-mesmo” (p. 97).

As ideias de Dias (2003) contribuem para que ampliemos as possibilidades de entendimento do caso de Marcos, visto que reiteram a importância de acolher as suas necessidades e o que ele traz; sendo possível viver tudo isso na presença de sua terapeuta.

Uma das teses básicas da teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal é a de que, para o indivíduo chegar a sentir-se vivo e poder apropriar-se de suas potencialidades herdadas ou congênitas, todos os estados do ser precisam ser experienciados; caso contrário, esses estados permanecem não-integrados na personalidade. Isto se refere tanto a conformações físicas e tendências da personalidade quanto a estados e fatos da vida: o nascimento, a continuidade de ser, os estados de quietude ou de excitação, os encontros e desencontros, a solidão da pré-dependência, o estado de amorfia do início, as agonias impensáveis, etc. Winnicott recusa a ideia de que se possa considerar elementos que pertenceriam ao indivíduo independentemente da sua própria experiência dele. (Dias, 2003, p. 122)

Não podemos deixar de acrescentar que Dias (2003), nesse mesmo trecho, inclui uma nota que nos parece esclarecedora, ao afirmar que este será, portanto, um dos aspectos centrais do trabalho terapêutico, isto é, fornecer as condições para que aquilo que não foi experienciado o seja, pela primeira vez, nas condições especiais do *setting* analítico.

Tais reflexões, amparadas pelas vivências e pelo pensar compartilhado na presença do grupo do Atelier de Contação de Histórias do ITI,³ vêm sendo incrementadas pela riqueza desse ambiente

³ Curso optativo chamado “Atelier de Contação de Histórias”. Trata-se de uma atividade extracurricular para os alunos da formação e estagiários da Instituição, além de se configurar como um espaço aberto para a participação de ex-alunos,

especializado, como um espaço potencial que permite que o impulso criativo (Winnicott, 1971g/1971a) fundante dessa contínua e infinita experiência do tornar-se psicoterapeuta possa ter corpo e existência.

Numa das reuniões, falávamos sobre o silêncio e sobre a capacidade de silenciar do ser humano e do psicoterapeuta. Surgiu, então, o tema da coragem de receber um paciente, principalmente para os jovens terapeutas. Sobre essa disponibilidade para o risco e para o que se irá encontrar em cada sessão. Sobre a importância de uma posição transferencial-contratransferencial de estranhamento do psicoterapeuta e, ao mesmo tempo, de abertura e de adaptação às necessidades do paciente.

Segundo Dias (2003): “O indivíduo realizará – ou não – sua herança na direção da integração, *dependendo* do que acontecerá no encontro com o objeto facilitador” (p. 121). Pensando na ressalva do “dependendo”, reiteramos a relevância de vicejar nosso olhar para a formação de jovens psicoterapeutas, baseando-nos no fazer clínico que contemple a importância de capacitar esses profissionais, com o intuito de que se tornem objetos facilitadores suficientemente bons na presença de seus pacientes.

De acordo com Winnicott (1968d/2006), para que o potencial hereditário venha a ter uma oportunidade de atualizar-se, no sentido de que venha a manifestar-se no indivíduo, é necessário que as condições ambientais sejam adequadas.

É conveniente usar uma expressão do tipo “maternagem suficientemente boa” para transmitir uma concepção não-idealizada da função materna; mais ainda, é importante ter em mente o conceito de dependência absoluta (do bebê em relação ao meio ambiente), que se transforma rapidamente em dependência relativa, sempre numa trajetória em direção à independência (que jamais é alcançada). (Winnicott, 1968d/2006, p. 80)

Como diz Winnicott (1970a/2006), é importante reconhecer o *fato* da dependência. “A dependência é real. É tão óbvio que os bebês e as crianças não conseguem se virar por si próprios, que as simples ocorrências de dependência passam facilmente despercebidas” (p. 73).

Da mesma forma, é pertinente sublinhar que os pacientes experimentam a dependência transferencialmente com seus terapeutas. Para Winnicott (1965t[1950]/2005), o estágio de dependência absoluta ou quase absoluta diz respeito a um estado, no início, em que o bebê ainda não separou o não-EU do que é EU. Trata-se, por conseguinte, de um bebê que ainda não está pronto para

de professores e do público em geral. O Ateliê funciona semanalmente e tem como proposta, por meio da leitura de um texto literário, criar um espaço de escuta, de discussão, de reflexão e de compartilhamento entre os participantes.

desempenhar essa tarefa. é por essa razão que se faz tão necessária a presença da mãe dedicada comum (Winnicott, 1987e[1966]/2006) para atender e cuidar do bebê.

Gostaria de dizer que, nestas primeiras e importantíssimas semanas da vida do bebê, o estágio inicial do processo de amadurecimento tem sua primeira oportunidade de se tornarem experiências do bebê. Onde o ambiente de facilitação – que deve ser humano e pessoal – possuir características suficientemente boas, as tendências hereditárias de crescimento que o bebê tem podem, então, alcançar seus primeiros resultados favoráveis. (Winnicott, 1987e[1966]/2006, p. 8)

Embora se saiba que a vivência da maternidade seja única e singular, os argumentos winnicottianos ajudam a compreender a relação inicial de um terapeuta com seu paciente, associados aos estágios iniciais do bebê na fase de dependência absoluta. Na mesma linha de compreensão, somos levados a pensar que os jovens que estão ingressando nessa jornada da formação em psicoterapia psicanalítica precisam desse “desenvolver-se” e de atender às necessidades de seus pacientes até que os mesmos possam chegar aos estágios do seu amadurecimento e aos processos de integração e de continuidade de sua existência, a fim de que, assim, venham a existir e se sentir existindo.

Do mesmo modo, tem-se a impressão de que o supervisor desempenha essa função de sustentação desse tempo da formação em psicoterapia, em que os jovens terapeutas precisam aprender e vivenciar a sua formação também em pequenas doses (Winnicott, 1949m/1971), a partir do que os encontros com o paciente vão suscitando e que são elaborados e dotados de um sentido no *a posteriori* da supervisão.

Essa reflexão parte de um reconhecimento da importância das vivências ao longo de nossas vidas e do estímulo constante à nossa subjetividade, com o propósito de que o encontro com o paciente possa ser genuíno e possa produzir sentido. Isto não significa que, ao longo do caminho, não existam pedras, armadilhas, ou alarmes falsos de que estejamos escolhendo a trilha certa. Ao contrário, as dificuldades existem e se colocam em nossa trajetória para que os processos do “aprendendo”, do “sentindo”, do “percebendo”, do “criando” possam operar. Elas se fazem presentes para o ensaiar, o experimentar o estranho, o conhecido não pensado, o assustador, que acompanham a existência e o atendimento a um paciente.

Quando se está tomando contato, percorrendo o trajeto em uma nova estrada, precisa-se da sinalização, das placas que orientam a quilometragem do percurso, do quanto já se andou, quais os perigos e quais as facilitações. Onde é mais seguro e onde é proibido ultrapassar, uma vez que se pode colocar vidas em risco, e assim por diante.

Nesse nosso caminho com Marcos, a ajuda da supervisão tem sido valiosa, assim como a das placas sinalizadoras que um olhar experiente de quem já está mais familiarizado com tal trajeto pode oferecer. É possível perceber que ele está nos dando alguns recados.

Numa narrativa trazida pelo paciente, e nas reflexões que foram feitas sobre o vínculo com seu filho, Marcos vai-se dando conta de que precisa mudar “isso”. Ao lhe perguntar o que esse “isso” significa, responde que não quer que o filho tenha a mesma história – de distanciamento com o pai – que ele teve e tem.

Com efeito, Winnicott nos sinaliza com uma espécie de placa indicando a interessante reflexão:

A mãe não pode aprender a fazer coisas que lhe competem a partir de livros, enfermeiras ou médicos... Seus conhecimentos têm de vir de um nível mais profundo, e não necessariamente daquela parte da mente onde há palavras para tudo. As principais coisas que uma mãe faz com o bebê não podem ser feitas através de palavras. Isto é óbvio demais, mas também é algo muito fácil de esquecer. (Winnicott, 1968f[1967]/2006, p. 51).

A partir da citação acima, propomo-nos a pensar que Marcos não sabe bem do que se trata esse distanciamento. Ele ainda não tem bem claro o que é. Demonstra não ter palavras para dizer o que o leva a se distanciar do pai. E é esse “isso” que não tem palavras, e que acaba fazendo a ligação com esse aspecto destrutivo, que aparece no beber excessivo, como um caminho conhecido em que ele busca alívio para a solidão e para a sua dor.

Temos observado que Marcos funciona nesse registro do sem palavras, “maquiado” por verbalizações, muitas vezes usadas apenas para encobrir seus verdadeiros afetos. Além disso, coloca em transferência a percepção, que pode ser vivenciada contratransferencialmente, de um desconhecimento sobre si, sobre como fazer, como um não entendimento daquilo que se passa. Nessa comunicação silenciosa, vive-se um não saber manejar na transferência aquilo que ela desperta, sobretudo, corporalmente: o tremer das pernas intermitente, bem como a insuportabilidade das breves pausas de silêncio de sua psicoterapeuta durante a sessão.

Essas reflexões nos fazem pensar no que Winnicott (1965j[1963]/1983) postulou sobre os tipos de comunicação e sobre a comunicação e a falta dela. Parece-nos que Marcos está vivendo, no seu tratamento, por meio de uma comunicação explícita, a construção de um objeto subjetivo, para que possa viver com sua terapeuta uma comunicação implícita. Presumimos, por meio dos encontros com o paciente e de nossas observações, que ele está tentando viver a experiência de ter uma mãe-ambiente humana (Winnicott, 1965j[1963]/1983) e, por conta disso, mostra-se muito apavorado por

estar vivenciando a experiência da confiabilidade. Marcos antecipa ou interrompe a fala da psicoterapeuta e nos leva a pensar que essa antecipação é uma reação ao que é criativo e natural. Ele se apresenta “antes da hora”, sugerindo uma espécie de veto para o encontro espontâneo, evidenciando medo de se frustrar com o que poderá vir.

Transferencialmente, ele sugere ter vivido, no início de seu desenvolvimento, uma experiência com uma mãe-objeto (Winnicott, 1965j[1963]/1983). Uma mãe-objeto que acabou se fazendo objeto antes da hora, ou seja, apresentando-se precocemente. E, devido a isso, tomar contato com o que é diferente de sua experiência, ao mesmo tempo em que é uma necessidade, paradoxalmente também é um temor.

3. Vivências contratransferenciais à luz da clínica winnicottiana

Em um de seus artigos, Winnicott (1957m[1950]/2006), já na frase introdutória do texto diz: “Uma mãe jovem tem muito a aprender” (p. 13). Trazemos este pequeno excerto, pois ele situa uma marca de nossa problematização do tema do trabalho e da leitura que estamos nos propondo a fazer, adicionada ao escopo desta produção escrita: poder realizar sistematizações do que se aprendeu, propor entendimentos, lançar interrogações e ir tecendo um caminho-bordado⁴ que conduz, gradativamente, a um lugar-espaco onde é possível ir se sentindo mais confortável nessa poltrona-ambiente-existência-*setting*, no qual se configura a clínica.

Merece destaque o fato de que, além de uma mãe jovem ter muito que aprender, ela só irá aprender a ser mãe tendo uma mãe e sendo mãe do seu próprio filho. Dessa forma, pensamos que é plausível utilizar essa reflexão para o vivenciar dos jovens terapeutas na presença de seus pacientes. Um jovem terapeuta só irá aprender a ser terapeuta tendo um terapeuta ou analista e, também, um supervisor, e sendo terapeuta do seu próprio paciente.

Marcos evoca essa sensação: a presteza do aprender, do descobrir, do querer desvendar, de uma necessidade de saborear, mas que ele ainda não pode, visto que, aos nossos olhos, parece não saber do que se trata, pois demonstra não ter vivido isso ainda.

Segundo Winnicott:

⁴ A expressão “caminho-bordado” foi criada pela autora deste trabalho e diz respeito à experiência de ter participado de uma atividade científica proposta pelo Instituto de Terapias Integradas de Porto Alegre, organizada pelo Núcleo de Bebês da mesma instituição. Tal atividade versou sobre a exibição de um filme francês chamado “Bordadeiras” (que não foi distribuído em circuito nacional nem comercial), em que a história se desenvolve em torno de duas mulheres e da construção da maternidade. Uma jovem grávida é acolhida por uma mulher bordadeira talentosa, e as duas, ao tecerem e bordarem, vão vivendo uma experiência de relação em torno da maternidade. Após o filme, a discussão trouxe uma série de relatos interessantes sobre a relação entre a formação dos terapeutas e a vivência da maternidade.

O bebê, porém, nunca foi mãe, e nem mesmo foi, anteriormente, um bebê. Para ele, tudo é uma primeira experiência, inexistindo qualquer medida para julgamento ou comparação. O tempo não se mede tanto por relógios, pelo nascer ou pelo pôr-do-sol, quanto pelo ritmo do coração e da respiração maternos, pela elevação e queda das tensões instintivas, bem como por outros dispositivos essencialmente não-mecânicos. (Winnicott, 1968d/2006, p. 84)

Para Loparic (2009),⁵ tendo como referência o pensamento winnicottiano, a mãe não está lá para satisfazer o bebê. Ela atende ao bebê, às necessidades do bebê e não seus desejos. Atende à necessidade do bebê ser e poder ser. De ser um eu, de se instalar no mundo. Logo, a mãe cuida da existência do bebê.

De acordo com Winnicott:

As exigências que nos são feitas são em verdade sérias. Não é como se soubéssemos imediatamente quais as exigências que nos vão ser feitas. A princípio, podemos atendê-las facilmente. É como se o paciente gradualmente nos seduzisse ao conluio, ao conluio com o bebê no paciente que, de uma maneira ou outra, recebeu uma atenção insatisfatória nos estágios mais iniciais... A razão pela qual o início de tudo isto é insidioso é que o paciente apenas gradativamente começa a ter esperanças de que essas exigências sejam atendidas. É por causa do desenvolvimento do paciente que há esse aumento gradual da necessidade de uma provisão ambiental especializada. (Winnicott, 1989m[1964]/1994, p. 78)

Identificamos que Marcos pode estar nos fazendo um chamado para cuidar de sua incapacidade de existir. E, talvez, um dos desafios do caso seja ter delicadeza para lidar com esse jogo entre atender a suas necessidades como paciente e não cometer o equívoco de lhe fornecer alimentos antes do tempo de serem experimentados. E isso requer ir vivendo pouco a pouco o que ele vai trazendo.

Como escreve Winnicott (1988/1990, p. 125):

O que a mãe necessita é da chance de ser natural e de encontrar o seu caminho junto com o bebê, da mesma forma como outras mães encontraram os seus próprios caminhos desde o alvorecer da história humana, e até mesmo antes da evolução do homem a partir dos mamíferos.

E esse ser natural e encontrar o seu caminho, no caso junto com o paciente, levanta interrogações. E as interrogações vão surgindo, posto que, nesse início, a ação ética do terapeuta pressupõe acolher a precariedade da condição do paciente e do que este lhe suscita

⁵ Em fala proferida no Colóquio descrito em nota anterior.

contratransferencialmente. é preciso suportar, pois, como diz Dias (2009),⁶ o analista winnicottiano não pode lavar as mãos em relação ao seu paciente.

Desse modo, notamos que Marcos vive num equilíbrio tão frágil, que qualquer coisa pode tirá-lo desse fio. Isso se reflete na sua necessidade de manter o controle. Com base nisso, é possível pensar numa mãe que não deixa que a criança demande suas necessidades. Sua mãe parece ter sido uma mãe que esteve sempre tomando a iniciativa.

Aqui, portanto, vale a pena mencionar Winnicott (1988/1990) mais uma vez:

Existe um terceiro modo de desenvolvimento pelo qual a integração aparece cedo, e o acento recai sobre uma excessiva reação à intrusão de fatores externos. Isto é a consequência da falha no cuidado da criança, e será discutido num capítulo posterior. Aqui a integração é adquirida mediante um alto preço, visto que a intrusão passa a ser esperada, tornando-se até mesmo necessária, e é possível encontrar nesta estrutura o fundamento muito precoce para uma disposição paranoide (não-herdada) (Winnicott, 1988/1990, p. 140).

4. Observações finais

Ao encaminhar a discussão para sua conclusão, e com base no que foi trabalhado e compartilhado em supervisão â□□ considerando a necessidade de que se ampliem as possibilidades de compreensão do caso –, entendemos que Marcos precisa se encharcar de bebida e de comida, objetos tão representativos da oralidade e da precariedade de seu ser. Esperamos que, com o tempo, ele possa ir descobrindo/substituindo-os por outros alimentos afetivos que irão preenchê-lo, afastando-o desse repetir destrutivo. Desse “ficar arrebetado”.

Para concluir, é interessante destacar que as vivências, as aprendizagens e as relações que se fazem entre elas têm-se apresentado como boas companheiras para lidar com os desafios que vão surgindo ao longo do caminho. Nos cruzamentos dessa “estrada-fazer clínico”, às vezes as placas não são fáceis de serem visualizadas. Ainda não se “passou” por ali. Não foi feito esse percurso. Então, ele parece como uma indicação difusa, quase imperceptível. Como algo criptografado, nebuloso, como é o enxergar de um míope ou de um astigmático. As lentes, então, vão se compondo justamente ao longo do caminho. E a cada nova conquista, a cada novo atalho descoberto ou quilômetro percorrido, vai-se diminuindo o grau, pois a visão vai ficando mais clara. Mas isso não necessariamente significa mais fácil, porque, quanto mais percorremos, mais enxergamos a necessidade de seguir andando. Somos andarilhos em busca de novas descobertas. Nômades nesse grande território chamado relações humanas, que são experienciadas na relação transferencial. E com

⁶ Em palestra proferida no mesmo Colóquio indicado em nota anterior.

isso nossa visão-moldura vai sofrendo alterações, posto que novas aquisições vão se incrementando na jornada do amadurecimento de um terapeuta e do encontro transferencial-contratransferencial evocado pelo par terapêutico.

Por conseguinte, a proposta de realizar este trabalho – pensando no manejo da transferência – , lançou uma série de questionamentos, a partir do que foi vivido contratransferencialmente ao longo do acompanhamento desse caso, escolhido para ser apresentado, que tem como personagem o paciente a que demos o nome fictício de Marcos.

Pelo fato de ele estar evocando diversas perguntas, vivências ligadas ao registro do não saber, e de seguir construindo um caminho em busca da realização de um bom atendimento ao paciente, manejando-o de forma ética e terapêutica, visualizamos que as molduras-referências das quais nos utilizamos até o presente momento sinalizam-nos uma necessidade de aperfeiçoamento e de renovação. Sabemos que é viável continuar, de modo criativo, enfeitando-complexizando esta moldura, sempre a deixando aberta a novas possibilidades de renovação. Contudo, ao mesmo tempo, precisamos reconhecer que não se pode querer usar uma moldura maior que o tempo-experiência que a vida de uma jovem terapeuta permite suportar.

O próprio Winnicott (1987a/2006) fala da capacidade contínua da mãe de ir ao encontro das necessidades do bebê, que estão em constante processo de mutação e desenvolvimento, permitindo que sua trajetória de vida seja relativamente contínua. Com base nessa referência winnicottiana, concluímos nossas reflexões com a certeza de que é no desenvolvimento dos inúmeros ensaios-atendimentos, enquanto experimentação, enquanto um fazer contínuo que vai-se aprimorando, que os jovens terapeutas podem ir, gradativamente, realizando tal tarefa na qual consiste escutar/acolher os seus pacientes.

Para Loparic (2000), a imagem do homem pode ser compreendida a partir de uma concepção de existência hifenizada, em que o hífen é constituído pela e na existência ela própria. Segundo ele, o homem winnicottiano existe como uma múltipla hifenização: entre o passado, o presente e o futuro, entre o ser e o não ser, entre as partes do corpo, entre o indivíduo e o ambiente. “O homem é homem-hífen, homem-ponte, homem-relação, interpelado por essas diferenças e, por isso, responsável por elas, tendo a sua unidade na articulação dos diferentes sim e não de que é feito” (Loparic, 2000).

Por fim, inspiradas na experiência da analista Elsa Dias (2003), mais familiarizada com o fazer e o pensar da clínica, deixamos aqui o esboço de nosso guia inicial deste estudo!

Winnicott sempre salientou a existência de lacunas em que sua compreensão do processo de amadurecimento, sobretudo no que se refere aos estágios iniciais, incentivando os analistas a

observarem e descreverem suas experiências analíticas, a fim de desenvolverem cada vez mais a teoria. Além disso, há muito ainda a se fazer para compreender... (Dias, 2003, p. 315; itálicos nossos)

Referências

- Bollas, C. (1992). Usos expressivos da contratransferência: notas para o paciente de si próprio. In C. Bollas, *à sombra do objeto. Psicanálise do conhecido não-pensado*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, E. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Loparic, Z. (2000). O animal humano. *Natureza humana*, 2(2), 351-397.
- Vilete, E. (2002). Regressão no processo analítico: a visão de Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise. Lendo Winnicott*. São Paulo, 4(36).
- Winnicott, D. W. (1971). *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1964a)
- Winnicott, D. W. (1971). O mundo em pequenas doses. In D. Winnicott (1971/1964a), *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1949; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1949m)
- 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)
- Winnicott, D. W. (1975). A criatividade e suas origens. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971g)
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e seus processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965b)
- Winnicott, D. W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e seus processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965[1963]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965j[1963])
- Winnicott, D. W. (1983). Os doentes mentais na prática clínica. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e seus processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1963c)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1988)

- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989a)
- Winnicott, D. W. (1994). A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989[1964]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989m[1964])
- Winnicott, D. W. (2005). O crescimento e o desenvolvimento na fase imatura. In D. Winnicott (2005/1965a), *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965[1950]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965t[1950])
- Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965a)
- Winnicott, D. W. (2006). O ambiente saudável na infância. In D. Winnicott (2006/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968[1967]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1968f[1967])
- Winnicott, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1987a)
- Winnicott, D. W. (2006). A comunicação entre o bebê e a mãe e a mãe e o bebê: convergências e divergências. In D. Winnicott (2006/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1968d)
- Winnicott, D. W. (2006). A dependência nos cuidados infantis. In D. Winnicott (2006/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1970; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1970a)
- Winnicott, D. W. (2006). A mãe dedicada comum. In D. Winnicott (2006/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987[1966]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1987e[1966])
- Winnicott, D. W. (2006). Saber e aprender. In D. Winnicott (2006/1987a), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957[1950]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1957m[1950])